B 6 KA 24/15 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 1 KA 50/13
Datum
20.03.2014
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 66/14
Datum
14.01.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 24/15 R
Datum
04.05.2016
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Die Genehmigung zur Anstellung eines Arztes ist der Berufsausübungsgemeinschaft und nicht einem ihr angehörenden einzelnen Mitglied zu erteilen.
2. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) darf in die Bedarfsplanung Arztgruppen einbeziehen, denen bundesweit nicht mehr als 1000 Ärzte angehören.
3. Im Zusammenhang damit ist der GBA ermächtigt, eine Entscheidungssperre zu regeln, die bereits eingreift, bevor die Planungsbereiche und die Verhältniszahlen festgelegt worden sind.
Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 14. Januar 2015 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten um die Erteilung einer Genehmigung zur Anstellung eines Strahlentherapeuten im Zusammenhang mit der Einbeziehung dieser Arztgruppe in die Bedarfsplanung.

2

Am 20.12.2012 beantragte der Kläger, der Mitglied einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ist, bei dem Zulassungsausschuss (ZA), ihm die Anstellung des zu 8. beigeladenen Strahlentherapeuten zu genehmigen. Daraufhin teilte der ZA dem Kläger mit, dass künftig auch die Arztgruppe der Strahlentherapeuten der Bedarfsplanung unterliegen würden. Aufgrund eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) vom 6.9.2012 könne über den Antrag erst entschieden werden, nachdem der Landesausschuss erstmalig über den Versorgungsgrad befunden habe (sog Moratorium). Nachdem der Landesausschuss in seiner Sitzung am 15.2.2013 für Bayern eine Zulassungsbeschränkung für Strahlentherapeuten wegen Überversorgung angeordnet hatte, lehnte der Zulassungsausschuss den Antrag des Klägers auf Genehmigung der Anstellung des Beigeladenen zu 8. ab.

3

Der beklagte Berufungsausschuss wies den Widerspruch des Klägers mit Bescheid vom 14.11.2013 (Beschluss vom 26.9.2013) zurück. Klage und Berufung des Klägers blieben ohne Erfolg. Das LSG hat zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, dass der Kläger nur einen Anspruch auf Genehmigung der Anstellung habe, sofern für die Arztgruppe der Strahlentherapeuten keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet seien. Zwar hätten zum Zeitpunkt der Antragstellung noch keine Zulassungsbeschränkungen bestanden. Aufgrund des am 6.9.2012 vom GBA beschlossenen Entscheidungsmoratoriums sei der Antrag jedoch auch dann abzulehnen, wenn die Zulassungsbeschränkungen erst nach der Antragstellung angeordnet würden. Sowohl das Entscheidungsmoratorium als auch die Regelungen des GBA zur Einbeziehung der Strahlentherapeuten in die Bedarfsplanung stünden mit höherrangigem Recht im Einklang und seien deshalb wirksam. Auch eine unzulässige Rückwirkung liege nicht vor, weil der Kläger seinen Antrag auf Genehmigung der Anstellung erst nach der Veröffentlichung des Beschlusses des GBA im Bundesanzeiger gestellt habe.

4

Mit seiner Revision macht der Kläger geltend, dass er Anspruch auf die beantragte Anstellungsgenehmigung habe, weil zum Zeitpunkt der Antragstellung im Dezember 2012 keine Zulassungsbeschränkungen bestanden hätten und solche Beschränkungen auch nicht nachträglich wirksam angeordnet werden könnten. Grundsätzlich werde die Legitimation des GBA nicht in Frage gestellt. Mit der Anordnung eines Entscheidungsmoratoriums für Anträge auf Zulassung und auf Erteilung einer Anstellungsgenehmigung bis zur Entscheidung des Landesausschusses über den Versorgungsgrad habe der GBA seine Regelungskompetenz jedoch überschritten. Sowohl § 19 Abs 1 S 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) als auch § 95 Abs 2 S 9 SGB V regelten explizit, dass Zulassungsanträge wegen Zulassungsbeschränkungen nur abgelehnt werden dürften, wenn diese bereits im Zeitpunkt der Antragstellung angeordnet waren. Gemäß § 95 Abs 9 S 1 SGB V gelte das sinngemäß auch für Anstellungsgenehmigungen. Die einschränkende Auslegung des § 19 Abs 1 S 2 Ärzte-ZV aus Urteilen des Senats vom 17.10.2007 (B 6 KA 31/07 R - USK 2007-95 sowie BSG SozR 4-2500 § 103 Nr 4), in denen es um ein Entscheidungsmoratorium im Zusammenhang mit der Neuordnung der Planungsbereiche im Land Berlin gegangen sei, seien auf die vorliegende Fallgestaltung nicht übertragbar. Anders als dort diene das Entscheidungsmoratorium hier nicht der Vermeidung eines vorübergehenden Regelungsvakuums für bereits beplante Arztgruppen. Vielmehr beziehe sich das Moratorium auf Arztgruppen, die erst später - durch die ab dem 1.1.2013 geltenden "Richtlinien über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung" (Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte (Bedarfsplanungs-Richtlinie)) - in die Bedarfsplanung einbezogen worden seien. Darüber hinaus sei die Einbeziehung von kleinen Arztgruppen mit bundesweit weniger als 1000 Ärzten und damit auch für Strahlentherapeuten gemäß § 101 Abs 2 Nr 2 SGB V unzulässig. Die Einbeziehung kleiner Arztgruppen in die Bedarfsplanung sei auch nicht Teil des gesetzgeberischen Auftrags zur Neuordnung der Bedarfsplanung zum 1.1.2013 gewesen. Ferner macht der Kläger unter Bezugnahme auf Stellungnahmen der Bundesärztekammer geltend, dass die Grenze zur Überversorgung für die zum 1.1.2013 neu in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen undifferenziert und ohne ausreichende Sachverhaltsermittlungen auf der Basis der im Jahr 2010 bestehenden Einwohner-Arzt-Relation festgelegt worden sei. So sei bezogen auf die strahlentherapeutische Versorgung nicht berücksichtigt worden, dass diese vor 10 bis 15 Jahren überwiegend durch ermächtigte Krankenhausärzte abgedeckt worden sei. Darüber hinaus seien die Grenzen einer verfassungsrechtlich zulässigen Rückwirkung hier überschritten. Die Kriterien für die Einbeziehung von Strahlentherapeuten seien durch den GBA erst mit Wirkung zum 1.1.2013 festgelegt worden. Die mit Wirkung vom 1.1.2013 neu gefasste Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 20.12.2012 sei erst am 31.12.2012 veröffentlicht worden. Aufgrund des Moratoriumsbeschlusses wirke diese Änderung auf einen davor liegenden Zeitraum zurück. Es fehle an einer gesetzlichen Grundlage für einen so weitgehenden Eingriff in grundrechtsrelevante Rechtspositionen.

5

Der Kläger beantragt, das Urteil des Bayerischen LSG vom 14.1.2015, das Urteil des SG Nürnberg vom 20.3.2014 und den Bescheid des Beklagten vom 14.11.2013 (Beschluss vom 26.9.2013) aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, dem Kläger eine Genehmigung zur Anstellung des Beigeladenen zu 8. als Facharzt für Strahlentherapie am Vertragsarztsitz des Klägers mit einem Beschäftigungsumfang von 45 Stunden pro Woche zu erteilen.

6

Der Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

7

Er verteidigt das Urteil des LSG. Bei der Einbeziehung neuer Arztgruppen in die Bedarfsplanung komme dem GBA ein weiter Gestaltungsspielraum zu, der auch die Regelung einer Entscheidungssperre für die Zeit bis zur Entscheidung des Landesausschusses über das Vorliegen von Überversorgung umfasse. Die gesetzlichen Vorgaben im SGB V genügten den an die Bestimmtheit zu stellenden Anforderungen.

8

Die zu 1. beigeladene Kassenärztliche Vereinigung (KÄV), die keinen Antrag stellt, hält das Urteil des LSG ebenfalls für zutreffend. Zum Zeitpunkt der Entscheidung des Beklagten habe der Versorgungsgrad für die Arztgruppe der Strahlentherapeuten im maßgeblichen Planungsbereich (KÄV Bezirk Bayern) 161,8 % betragen. Daran habe sich bis heute nichts Wesentliches geändert. Weder die Einbeziehung der Strahlentherapeuten in die Bedarfsplanung noch die am 6.9.2012 durch den GBA beschlossene Entscheidungssperre (Moratorium) seien zu beanstanden.

9

Die Anstellungsgenehmigung sei zu Recht von dem Kläger und nicht von der BAG beantragt worden, deren Mitglied er sei. Sowohl das SGB V als auch die Ärzte-ZV regelten allein die Genehmigung der Anstellung bei einem Arzt und nicht die Anstellung bei einer BAG. Die Personenbezogenheit der Anstellungsgenehmigung ergebe sich auch aus dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung. Ferner sei der Vertragsarzt verpflichtet, seine Praxis persönlich zu leiten und den angestellten Arzt zur Erfüllung der vertragsärztlichen Pflichten anzuhalten. Verstöße könnten nur gegenüber dem einzelnen Vertragsarzt und nicht gegenüber einer BAG disziplinarisch geahndet werden. Die Erteilung der Anstellungsgenehmigung gegenüber der BAG führe zudem im Falle der Auflösung einer aus zwei Vertragsärzten bestehenden BAG zu rechtlich schwer lösbaren Problemen. Auch der Umstand, dass der Arzt zivilrechtlich in der Regel durch die BAG und nicht durch eines ihrer Mitglieder angestellt werde, stehe dem nicht entgegen, weil die zulassungsrechtlichen Anforderungen nicht von zivilrechtlichen Vereinbarungen abhingen.

10

Der GBA, dem der Senat Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben hat, teilt bezogen auf die Rechtmäßigkeit der Einbeziehung von Strahlentherapeuten in die Bedarfsplanung im Wesentlichen die Auffassung der zu 1. beigeladenen KÄV und trägt außerdem vor, dass die

Neufassung des § 101 Abs 1 Satz 6 SGB V mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22.12.2011 (BGBl I 2983) auf eine wesentliche Änderung der Grundlagen der Bedarfsplanung abgezielt habe. In diesem Zusammenhang seien die sog unbeplanten Arztgruppen auf der Grundlage des § 101 Abs 2 Nr 1 SGB V einbezogen worden und es sei - im Vorgriff auf noch zu beschließende Änderungen - eine Entscheidungssperre geregelt worden. Die Einbeziehung der Strahlentherapeuten und weiterer Arztgruppen sei aufgrund der bereits mehr als ausreichenden Versorgung und des ungebrochenen Wachstums bei überproportionalem Ressourcenverbrauch erforderlich gewesen. Es habe Anlass zu der Befürchtung bestanden, dass es mit dem Bekanntwerden der Absicht zur Einbeziehung in die Bedarfsplanung zu einer weiteren Zunahme von Zulassungsanträgen von Ärzten der betroffenen Arztgruppen kommen werde. Von Übergangsregelungen, die das BSG in seiner Rechtsprechung bereits als rechtmäßig angesehen habe, unterscheide sich das hier zu beurteilende Moratorium allein dadurch, dass sie nicht nur den Zeitraum seit der Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie bis zur Entscheidung des Landesausschusses über Zulassungsbeschränkungen, sondern bereits einen Zeitraum vor der Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie umfasse. Dies stehe der Rechtmäßigkeit des Moratoriums aber nicht entgegen. Auch sei die Bestimmung der Verhältniszahlen nicht zu beanstanden. Der GBA habe das Versorgungsniveau zum Stichtag 2010 zutreffend mit 110 % bewertet. Es treffe auch nicht zu, dass die demografische Entwicklung bei der Bestimmung der Verhältniszahlen unberücksichtigt geblieben sei. Bei den neu in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen hänge die Leistungsmengenentwicklung weniger stark mit der allgemeinen demografischen Entwicklung zusammen, als in anderen Leistungsbereichen. Als Korrektiv habe der GBA sich zudem verpflichtet, seine Entscheidung zur Nichtanwendung des Demografiefaktors zu überprüfen.

II

11

Die Revision des Klägers ist nicht begründet. Das LSG hat die Berufung des Klägers gegen das klageabweisende Urteil des SG zu Recht zurückgewiesen. Die Entscheidung des Beklagten, dem Kläger die Genehmigung der Anstellung des Beigeladenen zu 8. zu versagen, ist im Ergebnis nicht zu beanstanden.

12

1. Dem Anspruch des Klägers auf Erteilung der Genehmigung steht nicht entgegen, dass er zunächst die Anstellungsgenehmigung nur für sich selbst und nicht für die BAG geltend gemacht hat, deren Mitglied er ist. Allerdings geht der Senat davon aus, dass der Anspruch auf eine Anstellungsgenehmigung nach § 95 Abs 9 Satz 1 SGB V, § 32b Abs 2 Satz 1 Ärzte-ZV im Grundsatz nur der BAG und nicht dem einzelnen Vertragsarzt als Mitglied der BAG zustehen kann. Ausgeschlossen ist jedenfalls die Erteilung einer Anstellungsgenehmigung ohne die Zustimmung der anderen Mitglieder der BAG, der der Arzt angehört.

13

Die Frage, ob die Genehmigung für die Anstellung eines Arztes in einer BAG einem der Mitglieder der BAG oder aber der BAG selbst zu erteilen ist, ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Die ganz überwiegende Auffassung in der Literatur (vgl zB Bedei/Zalewski in Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, Stand der Nachlief 1/2011, § 33 Ärzte-ZV RdNr E 33-2b; Michels/Möller, Ärztliche Kooperationen, 3. Aufl 2014, S 100, Rompf/Schröder/Willaschek, Kommentar zum Bundesmantelvertrag-Ärzte, 2014, § 14a RdNr 17; Schallen, Zulassungsverordnung, 8. Aufl 2012, § 32b RdNr 63; Bonvie, GesR 2008, 505, 506; Steinhilper in Halbe/Schirmer, Kooperation im Gesundheitswesen, A 1300, Stand November 2015, RdNr 53; aA Bäune in Bäune/Meschke/Rothfuß, Kommentar zur Zulassungsverordnung für Vertragsärzte und Vertragszahnärzte, 2008, § 32b RdNr 35) geht bisher davon aus, dass die Genehmigung nur dem einzelnen Arzt erteilt werden kann. § 95 Abs 9 Satz 1 SGB V bestimmt ebenso wie § 32 Abs 1 Satz 1 Ärzte-ZV, dass "der Vertragsarzt" unter bestimmten Voraussetzungen Ärzte anstellen kann und § 103 Abs 4b Satz 1 SGB V regelte den Verzicht auf die vertragsärztliche Zulassung mit dem Ziel, "bei einem Vertragsarzt als nach § 95 Abs 9 Satz 1 angestellter Arzt" tätig zu werden. Daraus kann jedoch entgegen der Auffassung der Beigeladenen zu 1. nicht der Schluss gezogen werden, dass die Genehmigung auch für die Anstellung in einer BAG dem einzelnen Arzt zu erteilen wäre. Eine Zuordnung von Rechten und Pflichten entweder zum einzelnen Arzt oder zur BAG nimmt das SGB V nicht vor. Die Begriffe "Arzt" oder "Vertragsarzt" werden im SGB V an verschiedenen Stellen verwendet, ohne dass zwischen den in Einzelpraxis tätigen Ärzten und den in einer BAG zusammenarbeitenden Ärzten unterschieden würde. Im Übrigen enthält das SGB V auch keine Definition der BAG (vgl dazu § 1a Nr 12 Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä)).

14

Mit den Vertragsärzten sind regelmäßig auch die in einer BAG verbundenen Vertragsärzte gemeint, ohne dass eine Aussage dazu getroffen wird, ob ein Anspruch der BAG oder dem einzelnen Arzt als deren Mitglied zusteht. So betreffen die Vorschriften zur Honorarverteilung - wie bereits in der Überschrift zu § 87b SGB V (Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung)) zum Ausdruck kommt - grundsätzlich die Vergütung "der Ärzte". Gleichwohl ist in ständiger Rechtsprechung geklärt, dass Adressat des Honorarbescheides im Falle der gemeinschaftlichen Ausübung der ärztlichen Tätigkeit die BAG und nicht der einzelne Arzt ist, der der BAG angehört (BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 65 RdNr 12). Die BAG tritt der KÄV wie ein Einzelarzt als einheitliche Rechtspersönlichkeit gegenüber. Dementsprechend ist sie rechtlich gesehen eine Praxis (BSG SozR 4-5520 § 33 Nr 2 RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 65 RdNr 12; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 6 RdNr 21; BSG Urteil vom 8.12.2010 - B 6 KA 38/09 R - MedR 2011, 823, RdNr 23; BSG SozR 4-1930 § 6 Nr 1 RdNr 14; Engelmann in von Wulffen/Krasney, Festschrift 50 Jahre BSG, S 429, 435). Sie erwirbt gegenüber der KÄV Honoraransprüche und sie ist ggf zur Rückzahlung überzahlten Honorars verpflichtet (BSG SozR 4-5520 § 33 Nr 2 RdNr 23). Daran ändert sich auch durch den Wechsel ihrer Mitglieder oder durch das Ausscheiden eines Mitglieds aus einer mehr als zweigliedrigen Gemeinschaftspraxis im Grundsatz nichts (vgl BSG SozR 4-2500 § 87b Nr 2 RdNr 27; BSG SozR 4-1500 § 141 Nr 1 RdNr 17; BSG Urteil vom 17.10.2012 - B 6 KA 39/11 R - RdNr 19; BSG SozR 4-1500 § 54 Nr 31 RdNr 18; BSG Urteil vom 17.10.2012 - B 6 KA 42/11 R - RdNr 17; BSG SozR 4-1500 § 54 Nr 30 RdNr 14; zum Fortbestand der Gesellschaft bürgerlichen Rechts vgl zB BGH vom 2.12.2010 - V ZB 84/10 - BGHZ 187, 344 = NJW 2011, 615, RdNr 13).

15

Die Beigeladene zu 1. weist zwar zutreffend darauf hin, dass bei der BAG der einzelne Arzt Träger der Zulassung bleibt. Insofern unterscheidet sich die BAG von dem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). Deshalb verbleibt das Recht, zB das Ruhen der Zulassung zu verlangen oder sich im Urlaubsfall vertreten zu lassen, bei dem einzelnen in der BAG tätigen Vertragsarzt. Bezogen auf die Anstellungsgenehmigung nach § 32b Ärzte-ZV, die deutlich weitergehende Wirkung hat, ist jedoch zu berücksichtigen, dass durch die Genehmigung der BAG ein besonderer vertragsarztrechtlicher Status vermittelt wird (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 78 RdNr 26; BSG SozR 4-2500 § 95 Nr 27 RdNr 17, BSG SozR 4-1500 § 54 Nr 31 RdNr 17, jeweils mwN). Ausschlaggebend dafür, dass die Anstellungsgenehmigung nicht dem einzelnen Vertragsarzt als Mitglied einer BAG, sondern der BAG zu erteilen ist, ist indes, dass der anzustellende Arzt nicht nur vorübergehend unter der Abrechnungsnummer der BAG tätig wird und mit seiner Tätigkeit Rechte und Pflichten der in der Rechtsform einer GbR gemäß §§ 705 ff BGB oder einer Partnerschaftsgesellschaft nach dem Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe (PartGG) verbundenen Mitglieder der BAG gegenüber der KÄV begründen kann. Beim Abschluss von Behandlungsverträgen verpflichten sich die Mitglieder einer fachgleichen BAG, die nach außen gemeinschaftlich auftreten, grundsätzlich gemeinschaftlich gegenüber dem Patienten (vgl BGHZ 142, 126, 137; BGHZ 165, 36, 39 f) und auch Arbeitsverträge mit nichtärztlichem Personal werden regelmäßig mit der hinter der BAG stehenden Gesellschaft geschlossen. Für den Anstellungsvertrag mit einem Arzt gilt - wie die Beigeladene zu 1. ausdrücklich einräumt - in der Regel nichts anderes (vgl Rompf/Schröder/Willaschek, Kommentar zum Bundesmantelvertrag-Ärzte, 2014, § 14a RdNr 17). Wenn die Anstellungsgenehmigung der BAG und nicht deren Mitglied erteilt wird, werden Konflikte aufgrund voneinander abweichender Gestaltung der vertragsarztrechtlichen und der zivilrechtlichen Rechtsbeziehungen und daraus folgende Konflikte zB im Falle des Ausscheidens eines Arztes aus einer mehr als zweigliedrigen BAG soweit wie möglich vermieden. Wenn die Anstellungsgenehmigung einem einzelnen Mitglied der BAG erteilt würde, würde deren Verbleib in der Arztpraxis durch sein Ausscheiden in Frage gestellt.

16

Dem kann die Beigeladene zu 1. auch nicht mit Erfolg die ua aus § 14a Abs 1 Satz 1 BMV-Ä folgende Verpflichtung des anstellenden Arztes zur persönlichen Leitung der Arztpraxis entgegenhalten. In einer Gesellschafft iS des § 705 BGB (Gesellschaft bürgerlichen Rechts - GbR) oder einer Partnerschaftsgesellschaft iS des PartGG wird die nach § 14a Abs 1 Satz 1 BMV-Ä sicherzustellende Leitung der Arztpraxis regelmäßig nicht nur von einem der in der BAG zusammengeschlossenen Vertragsärzte wahrgenommen und auch die vertragliche Haftung bei Behandlungsfehlern trifft im Regelfall die Mitglieder der BAG gemeinsam (zur gesamtschuldnerischen Haftung der Mitglieder einer BAG mit gleicher Gebietsbezeichnung, die gegenüber Kassenpatienten gemeinschaftlich auftreten vgl BGHZ 142, 126, 136 f). Zudem spricht der Wortlaut des § 14a Abs 1 Satz 2 BMV-Ä, der die Zahl der in einer BAG angestellten Ärzte auf drei "je Vertragsarzt" begrenzt, eher für die Erteilung der Genehmigung gegenüber der BAG; die einzelnen Vertragsärzte sind nach der Formulierung der Regelung insofern nur Anknüpfungspunkt für die Berechnung der Zahl der Ärzte, die in der BAG höchstens angestellt werden dürfen. Dass die Leitung der Praxis nicht durch die Gesellschaft, sondern nur durch die in ihr zusammengeschlossenen natürlichen Personen - und damit die einzelnen Vertragsärzte - wahrgenommen werden kann, steht dem nicht entgegen. Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass auch § 58 Abs 4 Satz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie ("Beantragt eine BAG eine Genehmigung zur Tätigkeit eines angestellten Arztes ") von der Erteilung der Anstellungsgenehmigung gegenüber der BAG ausgeht.

17

Der Senat verkennt nicht, dass durch die Erteilung der Anstellungsgenehmigung an die BAG anstelle des einzelnen Vertragsarztes auch bezogen auf die Gestaltung des Gesellschaftsvertrages neuer Regelungsbedarf für den Fall der Auflösung der BAG - etwa beim Ausscheiden eines Arztes aus einer zweigliedrigen BAG (vgl BSGE 115, 57 = SozR 4-2500 § 103 Nr 13, RdNr 45 mwN) - begründet werden kann, geht aber davon aus, dass die daraus resultierenden Probleme jedenfalls nicht schwieriger zu überwinden sind als diejenigen, die sich ergeben, wenn die Genehmigung einem einzelnen Arzt erteilt worden ist, der aus der Praxis ausscheidet (vgl dazu zB Michels/Möller, Ärztliche Kooperationen, 3. Aufl 2014, S 100). Anders als die Beigeladene zu 1. neigt der Senat auch nicht zu der Auffassung, dass sich die einer zweigliedrigen BAG erteilte Anstellungsgenehmigung mit dem Ausscheiden eines der beiden Mitglieder gemäß § 39 Abs 2 SGB X auf andere Weise erledigt und dass nach Eintritt eines Nachfolgers eine neue Anstellungsgenehmigung nur erteilt werden könnte, wenn Zulassungsbeschränkungen dem nicht entgegenstehen. Dass sich die vertragsarztrechtliche von der zivilrechtlichen Beurteilung unterscheiden kann und dass deshalb eine BAG auch nach Auflösung der GbR vertragsarztrechtlich als fortbestehend anzusehen ist, solange sie noch Pflichten aus ihrem Status zu erfüllen hat oder ihr hieraus noch Rechte zustehen, hat der Senat bereits in anderem Zusammenhang entschieden (vgl BSGE 98, 89 = SozR 4-2500 § 85 Nr 31, RdNr 11; zur umgekehrten Situation der Beendigung der Gemeinschaftspraxis unabhängig von einem möglichen Fortbestehen der GbR vgl BSG SozR 3-2200 § 368c Nr 1 S 6 f).

18

Der Umstand, dass der Kläger und nicht die BAG, deren Mitglied er ist, die Anstellungsgenehmigung beantragt und nach deren Ablehnung das Klageverfahren geführt hat, kann ihm im vorliegenden Verfahren jedoch bereits aus Gründen des Vertrauensschutzes nicht entgegengehalten werden. Nach den Angaben der Beigeladenen zu 1., deren Richtigkeit der Senat nicht in Zweifel zieht, entsprach die Erteilung der Anstellungsgenehmigung an den einzelnen Arzt der Praxis der Zulassungsgremien jedenfalls in ihrem Bezirk. Zudem hat der Kläger im Revisionsverfahren die Zustimmung der anderen Mitglieder der BAG zur Erteilung der Anstellungsgenehmigung mitgeteilt.

19

2. Die Klage ist jedoch unbegründet, weil Zulassungsbeschränkungen der Erteilung der Anstellungsgenehmigung entgegengestanden haben und der Beklagte den Antrag des Klägers deshalb zu Recht abgelehnt hat.

20

Gemäß § 95 Abs 9 Satz 1 SGB V kann ein Vertragsarzt mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Trotz Zulassungsbeschränkungen kann eine Anstellungsgenehmigung nach § 95 Abs 9 Satz 2 SGB V nur unter den - hier nicht vorliegenden - Voraussetzungen erteilt werden, dass sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer

Leistungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet (sog Job-Sharing, § 101 Abs 1 Satz 1 Nr 5 SGB V) oder zugunsten der Anstellung auf seine Zulassung verzichtet (§ 103 Abs 4b Satz 1 SGB V) sowie in Fällen der Praxisnachfolge (§ 103 Abs 4b Satz 2 SGB V).

21

Zum Zeitpunkt der Entscheidung der Zulassungsgremien hatte der zuständige Landesausschuss für die Arztgruppe, der der Kläger angehört, im maßgebenden Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung angeordnet, nachdem die Strahlentherapeuten in die Bedarfsplanung einbezogen worden waren. Nach den Angaben der zu 1. beigeladenen KÄV, deren Richtigkeit von keinem Beteiligten in Zweifel gezogen wird, betrug der Versorgungsgrad der Strahlentherapeuten zum Zeitpunkt der Entscheidung des Zulassungsausschusses über den Antrag des Klägers 161,6 %. Daran hat sich in der Folgezeit nichts Wesentliches geändert. Überversorgung ist nach § 101 Abs 1 Satz 3 SGB V bereits bei einem Versorgungsgrad von 110 % anzunehmen.

22

a) Die Einbeziehung der Strahlentherapeuten in die Bedarfsplanung durch die geänderte Bedarfsplanungs-Richtlinie ist dem Grunde nach nicht zu beanstanden.

23

aa) Die Strahlentherapeuten sind in einem ersten Schritt durch die Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit Beschluss des GBA vom 6.9.2012 (BAnz AT 06.09.2012 B6; BAnz AT 21.9.2012 B4) in die Bedarfsplanung einbezogen worden. § 48 Abs 1 Nr 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie bestimmte in der damals geänderten Fassung, dass Strahlentherapeuten ab dem 1.1.2013 in die Bedarfsplanung einbezogen werden (zu der damit verbundenen Übergangregelung vgl unten). Die näheren Regelungen, insbesondere zu Planungsbereichen und Verhältniszahlen blieben einer weiteren Beschlussfassung vorbehalten, die am 20.12.2012 erfolgte (BAnz AT 31.12.2012 B7). Danach wurden die Strahlentherapeuten der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet (§ 14 Abs 1 Nr 7, Abs 2 Nr 7 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Planungsbereich für die gesonderte fachärztliche Versorgung ist nach § 14 Abs 3 Satz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie der Bezirk der KÄV. Die Verhältniszahl (Einwohnerzahl pro Arzt) wurde nach § 14 Abs 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie auf der Basis des im Jahr 2010 erreichten Versorgungsgrades (vgl 2.2 § 8 der im Internet veröffentlichten Tragende Gründe), der speziell für die neu in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen mit 110 % bewertet wurde (vgl 2.4 § 14 der Tragenden Gründe), auf 173.576 festgesetzt.

24

bb) Die hier maßgebenden Regelungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie finden ihre gesetzliche Grundlage in § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 9, § 101 Abs 1 Nr 1 SGB V. Nach diesen gesetzlichen Vorgaben zur Bedarfsplanung, die mit dem Grundgesetz vereinbar sind (vgl BSG SozR 4-2500 § 101 Nr 10 RdNr 17 mwN), beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien einheitliche Verhältniszahlen für den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad. Die Befugnis des GBA zur Normkonkretisierung - auch gerade im Bereich der Bedarfsplanung - hat das BSG in ständiger Rechtsprechung anerkannt (BSG SozR 4-2500 § 101 Nr 10 RdNr 25 mwN). Eine funktionelle Zuständigkeit des GBA ist jedenfalls begründet, soweit es sich um Regelungen handelt, die bundeseinheitlich getroffen werden müssen (BSG SozR 4-2500 § 101 Nr 10 RdNr 25 mwN). Diese umfasst auch die Bestimmung der Arztgruppen, für die Verhältniszahlen festgelegt werden (BSG SozR 4-2500 § 101 Nr 10 RdNr 25; aA Heun, VSSR 2015, 215, 221 ff) sowie deren Zusammensetzung (BSG SozR 3-2500 § 101 Nr 3 S 15 ff).

25

cc) Die durch den GBA auf der Rechtsgrundlage des § 92 SGB V erlassenen Richtlinien sind nach der Rechtsprechung der mit dieser Frage befassten Senate des BSG untergesetzliche Rechtsnormen (BSGE 78, 70, 75 = SozR 3-2500 § 92 Nr 6 S 30; BSGE 82, 41, 47 f = SozR 3-2500 § 103 Nr 2 S 17 (6. Senat); BSGE 81, 73, 81 = SozR 3-2500 § 92 Nr 7 S 56 (1. Senat); BSG SozR 4-2500 § 37 Nr 7 RdNr 20 (3. Senat)). Das BSG zieht die Verfassungsmäßigkeit dieser Art der Rechtsetzung nicht mehr grundlegend in Zweifel (dazu und insbesondere zur hinreichenden demokratischen Legitimation des GBA vgl BSGE 96, 261 = SozR 4-2500 § 92 Nr 5, RdNr 57 ff mit ausführlicher Darstellung der Rechtsprechung des BVerfG; BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 27 Nr 12, RdNr 14; BSGE 104, 95 = SozR 4-2500 § 139 Nr 4, RdNr 18; BSGE 107, 287 = SozR 4-2500 § 35 Nr 4, RdNr 33). Nach einer Entscheidung vom 10.11.2015 (1 BvR 2056/12), in der das BVerfG anlässlich der Verwerfung einer Verfassungsbeschwerde als unzulässig die Frage der demokratischen Legitimation des GBA angesprochen hat, haben die beiden für Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung zuständigen Senate des BSG daran ausdrücklich festgehalten (BSG Urteil vom 15.12.2015 - B 1 KR 30/15 R - SozR 4-2500 § 34 Nr 18, zur Veröffentlichung auch für BSGE vorgesehen, RdNr 42 ff; BSG Urteil vom 19.4.2016 - B 1 KR 28/15 R - RdNr 28; BSG Urteil vom 20.4.2016 - B 3 KR 18/15 R - zur Veröffentlichung für SozR vorgesehen). Dem schließt sich der für das Vertragsarztrecht zuständige 6. Senat des BSG an. Die in dem genannten Beschluss des BVerfG aufgeworfene Frage der demokratischen Legitimation des GBA für den Erlass von Normen, wenn sie mit hoher Intensität Angelegenheiten von an der Normsetzung unbeteiligten Dritten regeln (aaO RdNr 23), stellt sich im Übrigen in der vorliegenden Fallkonstellation nicht. Es geht nicht um Eingriffe in Grundrechte von Leistungserbringern, die nicht im GBA vertreten sind oder von Patienten, deren Vertreter im GBA nicht stimmberechtigt sind. Der Kläger ist von der angefochtenen Entscheidung des Beklagten zur Erteilung einer Anstellungsgenehmigung in seiner Rolle als Vertragsarzt betroffen. Die Gruppe der Vertrags(-zahn)ärzte wird im GBA durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vertreten, die gemäß § 91 Abs 1 Satz 1 SGB V gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen den GBA bilden und gemäß § 91 Abs 2 Satz 1 SGB V Mitglieder des Beschlussgremiums benennen.

26

dd) Die Entscheidung des GBA zur Einbeziehung der Strahlentherapeuten in die Bedarfsplanung kann gerichtlich nur nach den Maßstäben überprüft werden, die die Rechtsprechung zur gerichtlichen Kontrolle der Richtlinien des GBA entwickelt hat (stRspr vgl dazu BSGE 96, 261 = SozR 4-2500 § 92 Nr 5, RdNr 68; BSGE 103, 106 = SozR 4-2500 § 94 Nr 2, RdNr 46; BSG SozR 4-2500 § 34 Nr 17, zur Veröffentlichung auch für BSGE vorgesehen, RdNr 53). Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich regelmäßig darauf, ob die äußersten Grenzen der Rechtsetzungsbefugnis durch den Normgeber eingehalten wurden (BSGE 103, 106 = SozR 4-2500 § 94 Nr 2, RdNr 46); dies ist der Fall, wenn

sich die getroffene Regelung auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage stützen kann und die maßgeblichen Verfahrensvorschriften sowie die Grenzen des dem Normgeber ggf zukommenden Gestaltungsspielraums beachtet worden sind (BSGE 100, 254 = SozR 4-2500 § 85 Nr 42, RdNr 17; BSGE 103, 106 = SozR 4-2500 § 94 Nr 2, RdNr 46; BSGE 107, 287 = SozR 4-2500 § 35 Nr 4, RdNr 38; BSGE 112, 15 = SozR 4-2500 § 137 Nr 1, RdNr 65; BSG SozR 4-2500 § 34 Nr 17, zur Veröffentlichung auch für BSGE vorgesehen, RdNr 53).

27

ee) Der Einbeziehung der Gruppe der Strahlentherapeuten in die Bedarfsplanung steht nicht der Umstand entgegen, dass die Zahl der Ärzte dieser Arztgruppe bundesweit 1000 unterschreitet und auch zum Zeitpunkt der Entscheidung des Beklagten noch unterschritten hat. Nach den von der KÄBV veröffentlichten Statistischen Informationen aus dem Bundesarztregister nahmen 949 Strahlentherapeuten (nach Köpfen; entsprechend 744 nach "Bedarfsplanungsgewicht") am 31.12.2015 an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Ein Ausschluss sog kleiner Arztgruppen mit weniger als 1000 teilnehmenden Ärzten aus der Bedarfsplanung folgt entgegen der Auffassung des Klägers nicht aus § 101 Abs 2 Nr 2 SGB V. Nach dieser Vorschrift hat der GBA die auf der Grundlage des § 101 Abs 1 Sätze 4 und 5 SGB V ermittelten Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzusetzen, wenn dies erforderlich ist, weil die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit 1000 übersteigt. Wie das LSG bereits zutreffend ausgeführt hat, kann dem Wortlaut des § 101 Abs 2 Nr 2 SGB V lediglich die Verpflichtung entnommen werden, Verhältniszahlen für Arztgruppen mit mehr als 1000 Ärzten festzusetzen, nicht jedoch ein Verbot der Festsetzung für kleinere Arztgruppen abzusehen (ebenso: Hess, Kasseler Kommentar, Stand der Nachlief März 2013, § 101 SGB V RdNr 14).

28

Dass § 101 Abs 2 Nr 2 SGB V keine Beschränkung der Bedarfsplanung auf Arztgruppen mit mehr als 1000 Ärzten zu entnehmen ist, wird durch die Entstehungsgeschichte der Norm bestätigt. Die Regelung ist mit dem Zweiten Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz) vom 23.6.1997 (BGBl I 1520) mit Wirkung vom 1.7.1997 eingeführt worden. Hintergrund war die bereits in Nr 7 S 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 9.3.1993 (DÄBl 1993 S A1-2014) enthaltene Regelung nach der "für Arztgruppen, bei denen nach dem Stand vom 31.12.1990 bundesweit eine Zahl von weniger als 1000 Vertragsärzten an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen hat [ ], allgemeine Verhältniszahlen nicht bestimmt" werden (vgl BT-Drucks 13/7264 S 66). Eine Einschränkung der Befugnisse des GBA war damit auch nach der Begründung zu der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses, auf den die Änderung zurückgeht, nicht beabsichtigt. Vielmehr sollte der GBA "über die bereits jetzt in § 101 geregelten Kompetenzen hinaus" beauftragt werden, die Verhältniszahlen in bestimmten Fällen anzupassen oder neu festzulegen (BT-Drucks 13/7264 S 66). Eine gesetzliche Einschränkung der Kompetenzen des GBA zur Festlegung von Verhältniszahlen für kleine Arztgruppen existierte jedenfalls bis dahin nicht, sondern folgte lediglich aus der zum damaligen Zeitpunkt geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinie. Dass der Gesetzgeber die Einschränkungen bezogen auf kleine Arztgruppen, die damals in der Bedarfsplanungs-Richtlinie enthalten waren, nicht in eine entsprechende gesetzliche Regelung überführen wollte, wird auch daran deutlich, dass er nicht die Formulierung aus Nr 7 S 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie vom 9.5.1993 ("Für Arztgruppen, bei denen [ ] bundesweit eine Zahl von weniger als 1000 Vertragsärzten an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen hat, werden allgemeine Verhältniszahlen nicht bestimmt.") in das Gesetz übernommen hat, sondern eine abweichende Formulierung gewählt hat, die auf eine Verpflichtung zur Einführung von Verhältniszahlen ua bei Überschreitung der Grenze von 1000 Vertragsärzten abzielt.

29

ff) Der Kläger kann gegen die Einbeziehung der sog kleinen Arztgruppen in die Bedarfsplanung nicht mit Erfolg einwenden, dass der Neufassung des § 101 Abs 1 Satz 6 SGB V mit dem GKV-VStG kein Auftrag zur Einbeziehung auch der bisher davon ausgenommenen Arztgruppen in die Bedarfsplanung zu entnehmen sei. Es trifft zu, dass dem GBA nur allgemein aufgegeben wurde, die regionalen Planungsbereiche mit Wirkung zum 1.1.2013 so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Ausschlaggebend ist jedoch, dass der GBA den ihm als Normgeber zukommenden Gestaltungsspielraum nicht überschritten hat. Mit der Neufassung des § 101 Abs 1 Satz 6 SGB V wurde die bis dahin geltende Vorgabe aufgehoben, nach der die Planungsbereiche den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollen. Durch die Möglichkeit zur Bildung auch größerer Planungsbereiche wurde der Gestaltungsspielraum des GBA erweitert und die Einbeziehung auch kleiner Arztgruppen in die Bedarfsplanung erleichtert. Wenn der GBA im Zusammenhang mit der Umsetzung der durch das GKV-VStG geänderten Vorgaben zur Bedarfsplanung und der dazu erforderlichen Auswertung von Daten zu der begründeten Einschätzung gelangt, dass die Einbeziehung weiterer Arztgruppen in die Bedarfsplanung sinnvoll und erforderlich ist, ist das grundsätzlich nicht zu beanstanden.

30

Nach dem Inhalt der dazu vom GBA im Internet veröffentlichten Tragenden Gründe zum Beschluss vom 6.9.2012 (S 2), kann das Bedürfnis zur Einbeziehung ohne Weiteres nachvollzogen werden. Danach ging aus den vom GBA ausgewerteten Daten der KBV hervor, dass die Zahl der Ärzte aus den bisher nicht beplanten Arztgruppen in den vorangegangenen fünf Jahren stetig angestiegen war. Dabei war das Wachstum bei einigen Arztgruppen, zu denen auch die Strahlentherapeuten gehörten (+ 277 %), besonders stark ausgeprägt. Im zeitlichen Zusammenhang mit den Diskussionen um die Änderung der Regelungen zur Bedarfsplanung zum 1.1.2013 verstärkte sich im Quartal I/2012 der Trend zum Anstieg der Zulassungsanträge bei den nicht beplanten Arztgruppen noch einmal um 35 % gegenüber dem durchschnittlichen Wachstum der fünf Vorquartale, wobei je nach Arztgruppe ein Anstieg zwischen 15 % und 258 % zu verzeichnen war. Soweit der Kläger dagegen einwendet, dass die strahlentherapeutische Versorgung lange Zeit weit überwiegend von persönlich ermächtigten Krankenhausärzten sichergestellt wurde, die bedarfsplanungsrechtlich nicht berücksichtigt wurden, und dass die strahlentherapeutische Versorgung teilweise durch Radiologen erfolgte, die nach ihrem Ausscheiden in den letzten 10 Jahren durch Strahlentherapeuten ersetzt wurden, so kann das zwar im Grundsatz nachvollzogen werden. Allerdings hat der GBA nach dem Inhalt der Tragenden Gründe auf die Zuwachsraten lediglich der letzten fünf Jahre und dabei besonders auf die im Quartal I/2012 noch einmal angestiegenen Zuwachsraten abgestellt. Durch die vom Kläger geltend gemachten längerfristigen Entwicklungen können diese Zuwachsraten nicht erklärt werden. Entgegen der Auffassung des Klägers ist die Rechtmäßigkeit der Einbeziehung kleiner Arztgruppen in die Bedarfsplanung auch nicht davon abhängig, dass der GBA die Gründe für den Anstieg der Arztzahlen in diesem Bereich vollständig aufklärt. Ausreichend ist, dass der GBA auf der Grundlage der verfügbaren Daten nachvollziehbar zu der Auffassung gelangen konnte, dass die Arztzahlen bei den bis dahin nicht in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen stetig anstiegen, obwohl eine jedenfalls

bedarfsdeckende Versorgung in diesem Bereich bereits gewährleistet ist.

31

Die Einbeziehung der Strahlentherapeuten in die Bedarfsplanung dient unter diesen Umständen dem Erhalt der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit dieser Zielsetzung wurden die im Grundsatz bis heute geltenden Regelungen zur Bedarfsplanung durch das Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GSG) vom 21.12.1992 (BGBl I 2266) eingeführt (vgl dazu BVerfGE 103, 172, 188 = SozR 3-5520 § 25 Nr 4 S 29 f; BVerfG Nichtannahmebeschluss vom 27.4.2001 - 1 BvR 1282/99 - MedR 2001, 639). Der Gesetzgeber durfte sich besondere wirtschaftliche Einsparungen davon versprechen, Zulassungsbeschränkungen bei Überversorgung vorzusehen und konnte sich dabei auf plausible Annahmen stützen. Unter Hinweis auf eine Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen hat er in der Begründung zum GSG auf das "Phänomen der angebotsinduzierten Nachfrage" (BT-Drucks 12/3608 S 97 ff) hingewiesen, wonach Ärzte in überversorgten Gebieten sich veranlasst sehen könnten, die infolge geringerer Patientenzahlen je Arzt drohenden Einkommenseinbußen durch eine Ausweitung ihres Leistungsvolumens je Patient auszugleichen (BVerfG Nichtannahmebeschluss vom 27.4.2001 - 1 BvR 1282/99; BSGE 82, 41, 45 = SozR 3-2500 § 103 Nr 2 S 14; BSGE 73, 223, 227 ff = SozR 3-5520 § 25 Nr 1 S 5 ff). Dieser gesetzgeberischen Intention entsprechend durfte der GBA auf den zu beobachtenden, mit medizinischen Notwendigkeiten nicht erklärbaren dynamischen Anstieg der Arztzahlen im Bereich sog kleiner Arztgruppen (vgl RdNr 30) mit deren Einbeziehung in die Bedarfsplanung reagieren, ohne damit seinen Gestaltungsspielraum zu überschreiten. Regelungen, die wie die Zulassungsbeschränkungen zur finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit beitragen sollen, dienen einem Gemeinwohlbelang von hoher Bedeutung, der selbst Eingriffe in die durch Art 12 Abs 1 GG geschützte Berufsfreiheit rechtfertigt, die Beschränkungen der Berufswahl nahekommen (BSG SozR 4-2500 § 103 Nr 4 RdNr 23-24 mwN; BSGE 82, 41, 44 ff = SozR 3-2500 § 103 Nr 2 S 13 ff; BSGE 103, 243 = SozR 4-2500 § 95b Nr 2, RdNr 71; BVerfG Beschluss vom 27.4.2001 - 1 BvR 1282/99, MedR 2001, 639; zur Einbeziehung der Psychotherapeuten in die Bedarfsplanung vgl BSG SozR 4-2500 § 101 Nr 1 RdNr 7 mwN).

32

gg) Ferner ist im Grundsatz nicht zu beanstanden, dass der GBA den Grad der bedarfsgerechten Versorgung bezogen auf die neu in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen - und damit auch die Gruppe der Strahlentherapeuten - auf der Grundlage eines Stichtags ermittelt hat, der gesetzlich nicht vorgegeben war. Zwar hat der GBA seinen Gestaltungsspielraum überschritten, indem er den zum Stichtag bestehenden Versorgungsgrad nicht als bedarfsgerechten Versorgungsgrad (100 %), sondern an der Grenze zur Überversorgung (110 %) festgelegt hat. Für die Entscheidung im vorliegenden Verfahren kommt es darauf indes nicht an.

33

(1) § 101 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V verpflichtet den GBA unter bestimmten Voraussetzungen, Verhältniszahlen anzupassen oder neue Verhältniszahlen festzulegen. Eine Verpflichtung zur Festlegung von Verhältniszahlen besteht ua nach § 101 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V, wenn die Zahl der Ärzte einer Arztgruppe bundesweit 1000 übersteigt. Konkrete Vorgaben, wie diese Verhältniszahlen zu bestimmen sind, enthält das Gesetz nicht, sodass es Teil der dem GBA übertragenen Aufgabe ist, die für die Umsetzung erforderlichen Festlegungen zu treffen.

34

Auch für Fälle, in denen der GBA - wie hier bezogen auf die sog kleinen Arztgruppen - zu einer Einbeziehung in die Bedarfsplanung zwar nicht verpflichtet, aber berechtigt ist (vgl RdNr 27 ff), enthält das Gesetz keine spezifischen Vorgaben für die Bildung der Verhältniszahlen. Unter diesen Umständen ist es nahliegend und nicht zu beanstanden, dass sich der GBA an den Regelungen orientiert, die der Gesetzgeber bei der Einführung der in der Grundstruktur bis heute geltenden vertragsärztlichen Bedarfsplanung durch das GSG festgelegt hat. Nach § 101 Abs 1 Satz 3 SGB V idF des GSG (heute im Übrigen unverändert als § 101 Abs 1 Satz 4 SGB V) iVm der Bedarfsplanungs-Richtlinie mit Stand vom 9.3.1993 war der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad auf der Grundlage des tatsächlich erreichten Versorgungsgrades an einem Stichtag, dem 31.12.1990, zu ermitteln. Im Zusammenhang mit der Einbeziehung der Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung bestimmt § 101 Abs 4 Satz 2 SGB V, dass der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad erstmals zum Stand vom 1.1.1999 zu ermitteln ist. Nach der Gesetzesbegründung sollte die zu diesem Stichtag ermittelte Verhältniszahl den allgemeinen Bedarf an psychotherapeutischen Leistungen "möglichst zielgenau" abbilden (BT-Drucks 13/8035 S 22, zu § 101 Abs 4; vgl auch BSG SozR 4-2500 § 101 Nr 1 RdNr 15).

35

(2) Es ist nicht zu beanstanden, dass der GBA den Versorgungsgrad bezogen auf die in die Bedarfsplanung einzubeziehenden sog kleinen Arztgruppen nicht auf der Grundlage von Erhebungen und wissenschaftlichen Untersuchungen festgelegt hat. Jedenfalls eine zeitnahe Einbeziehung der Strahlentherapeuten auf der Grundlage einer im Vorwege durchzuführenden Erhebung zum Bedarf wäre kaum möglich gewesen. Die Schwierigkeiten, denen eine auf Erhebungen zum Versorgungsgrad beruhende Bedarfsermittlung begegnet, werden an den letztlich nicht umgesetzten Vorgaben zur Einführung einer Bedarfszulassung deutlich. § 102 SGB V idF des GSG hatte zunächst die Einführung gesetzlich festgelegter Verhältniszahlen zum 1.1.1999 vorgesehen. Die Vorschrift ist dann mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22.12.1999 (BGBl I 2626) insoweit geändert worden, als der Zeitpunkt der Einführung auf den 1.1.2003 verschoben wurde. Außerdem wurde in einem neuen § 102 Abs 2 SGB V bestimmt, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 31.12.2001 durch Beauftragung eines geeigneten wissenschaftlichen Instituts die erforderliche Datengrundlage für die Bedarfszulassung nach gesetzlich festzulegenden Verhältniszahlen nach Absatz 1 erstellen zu lassen hat. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz wurde die Vorschrift schließlich mit der Begründung, dass der bei Einführung der Regelung im Jahr 1992 befürchtete Anstieg der Überversorgung zum Stillstand gekommen sei (vgl BT-Drucks 16/2474 S 25), ersatzlos gestrichen, sodass die Vorgabe im Ergebnis nicht umgesetzt wurde. Der Senat geht auch unter Berücksichtigung dieser Entwicklung davon aus, dass es bisher keine wissenschaftlich anerkannte und allgemein akzeptierte Methode zur Festlegung des Bedarfs an Ärzten in einem Planungsbereich gibt (vgl Hess in Kasseler Kommentar, Stand der Nachlief März 2013, § 99 SGB V RdNr 6).

36

(3) Auch die Festlegung auf den 31.12.2010 als Stichtag für Bestimmung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades ist nicht zu beanstanden. Wie der GBA in den "Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Bedarfsplanung gemäß GKV-VStG" vom 20.12.2012, geändert am 18.2.2013 und am 18.6.2013 S 9, zu § 8 und auch in seiner gegenüber dem Senat abgegebenen Stellungnahme ausgeführt hat, lagen zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Einbeziehung der kleinen Arztgruppen die erforderlichen bundesweiten, durch das Statistische Bundesamt veröffentlichten Bevölkerungsdaten für 2010 vor. In den Tragenden Gründen (S 32, zu Anlage 5) hat der GBA ferner dargelegt, dass "zu keinen Zeitpunkt Defizite in der Versorgung dieser Arztgruppen deutlich geworden" seien, dass bereits zum Stichtag von einer "überdurchschnittlichen Versorgungslage" auszugehen sei und dass sich das Wachstum der letzten Jahre nicht allein durch gestiegene Erfordernisse in der Versorgung der Bevölkerung begründen lasse.

37

Ergänzend ist zu berücksichtigen, dass der Beschluss des GBA vom 20.12.2012 aufgrund der Verfügung des BMG über die Nichtbeanstandung vom 21.12.2012 (224 - 21432 - 09; veröffentlicht auf der Internetseite des GBA) mit der Auflage in Kraft getreten ist, dass der GBA dem BMG mit Stand zum 30.6.2014 über die konkreten Auswirkungen der Einbeziehung bisher nicht beplanter Arztgruppen in die Bedarfsplanung zu berichten hat. Der GBA war also verpflichtet, die weitere Entwicklung zu beobachten. Der Bericht vom 5.11.2014 (abrufbar auf der Internetseite des GBA), den der GBA dem BMG nach Durchführung einer schriftlichen Befragung zahlreicher Institutionen (Landesausschüsse, KÄVen, Krankenkassen, Koordinierungskreise für Patientenvertreter in den Ländern, Berufsverbände der betreffenden Arztgruppen, ua) und der Auswertung von Bedarfsplänen und von Daten aus dem Bundesarztregister über die Auswirkungen der Einbeziehung bislang nicht beplanter Arztgruppen in die Bedarfsplanung vorgelegt hat, hat ergeben, dass die Möglichkeit zur Niederlassung durch einen Antrag auf Sonderbedarf von Angehörigen aller neu in die Planung einbezogenen Arztgruppen nur sehr vereinzelt genutzt wurde (bundesweit 30 Anträge seit März 2013, davon 5 erfolgreich), was nachvollziehbar als Indiz gegen einen grundsätzlichen Bedarf für zusätzliche Ärzte dieser Arztgruppen gewertet wurde. Als Ergebnis der Befragung wurden keine Auswirkungen der Zulassungsbeschränkung auf die Versorgung festgestellt. Die überwiegende Mehrzahl der Befragten hat angegeben, keine oder keine negativen Konsequenzen in der Versorgung beobachtet zu haben. Im Übrigen hat der GBA in seinem Bericht mit Blick auf den kurzen Zeitraum, auf den sich die erste Auswertung nur beziehen konnte, bereits angekündigt, auch in Zukunft im Rahmen seines gesetzlichen Auftrags die Entwicklung der Versorgungslage bei den bislang nicht beplanten Arztgruppen zu beobachten und im Jahr 2017 eine erneute Überprüfung der Auswirkungen vorzunehmen.

38

(4) Gleichwohl hat der GBA seinen Gestaltungsspielraum bei der Einbeziehung kleiner Arztgruppen insoweit überschritten, als er den tatsächlich zum Stichtag bestehenden Versorgungsgrad nicht als allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad (100 %), sondern - ohne dass dieser Prozentsatz mit entsprechenden Daten hinterlegt wäre - auf 110 % und damit an der Grenze zur Überversorgung festgelegt.

39

Wenn sich der GBA an der Verfahrensweise orientiert, die der Gesetzgeber sowohl bei der Neuregelung der Bedarfsplanung durch das GSG im Jahr 1993 (vgl § 101 Abs 1 Satz 4 SGB V) als auch bei der Einbeziehung der Psychotherapeuten in das System der vertragsärztlichen Versorgung im Jahr 1999 (vgl § 101 Abs 4 Satz 2 SGB V) gewählt hat und zur Festlegung der bedarfsgerechten Versorgung auf den zu einem bestimmten Zeitpunkt tatsächlich bestehenden Versorgungsgrad abstellt, genügt zur Begründung dieser Festlegung der Rückgriff auf gewonnene praktische Erfahrungen. Wenn sich gezeigt hat, dass in einem Bereich tatsächlich keine Versorgungsengpässe bestehen, dann kann damit die Annahme begründet werden, dass der erreichte Versorgungsgrad eine wenigstens bedarfsgerechte Versorgung widerspiegelt.

40

Der GBA ist zwar nicht darauf festgelegt, den allgemeinen Grad der bedarfsgerechten Versorgung auf der Grundlage des tatsächlichen Versorgungsgrades zu einem bestimmten Stichtag festzulegen. Vielmehr ist vom Gestaltungsspielraum des GBA als Normgeber auch die Festlegung des Grades der bedarfsgerechten Versorgung nach einer anderen Methode umfasst. Allerdings genügt dann nicht mehr der allgemeine Verweis auf gewonnene Erfahrungen mit der bestehenden Versorgungslage und auf allgemeine Beobachtungen zB zur Frage von Wartezeiten, sondern die Festlegung muss realitätsgerecht in einem transparenten und sachgerechten Verfahren erfolgen (zu den entsprechenden Anforderungen bei der Bemessung der existenznotwendigen Aufwendungen nach dem SGB II vgl BVerfGE 125, 175 = SozR 4-4200 § 20 Nr 12 RdNr 139 mwN; BSGE 117, 250 = SozR 4-4200 § 22 Nr 81, RdNr 13 mwN). Als Normgeber ist der GBA grundsätzlich nicht verpflichtet, die Normsetzung zu begründen (stRspr, vgl nur BSGE 112, 15 = SozR 4-2500 § 137 Nr 1, RdNr 63, mwN; BSGE 112, 257 = SozR 4-2500 § 137 Nr 2, RdNr 23; BSGE 114, 217 = SozR 4-2500 § 35 Nr 7, RdNr 24; BSGE 115, 131 = SozR 4-2500 § 135 Nr 20, RdNr 39; vgl auch Steiner, GesR 2013, 193 ff). Abweichend davon fordert § 94 Abs 2 Satz 1 SGB V die Veröffentlichung der "Tragenden Gründe" im Internet. Erforderlich ist danach jedoch keine vollumfängliche Begründung mit wissenschaftlichen Belegen, sondern nur eine Mitteilung der aus Sicht des GBA maßgeblichen Gesichtspunkte (vgl BSGE 114, 217 = SozR 4-2500 § 35 Nr 7, RdNr 23). Da der gerichtlichen Prüfung unterliegt, ob die gesetzlichen Vorgaben nachvollziehbar und widerspruchsfrei Beachtung gefunden haben, um den Gestaltungsspielraum auszufüllen (BSGE 112, 15 = SozR 4-2500 § 137 Nr 1, RdNr 65, mwN; BSGE 107, 287 = SozR 4-2500 § 35 Nr 4, RdNr 38; BSGE 110, 183 = SozR 4-2500 § 34 Nr 9, RdNr 25), kann eine unzureichende Begründung indes Auswirkungen auf die Nachvollziehbarkeit der Entscheidung und damit auch auf die Beurteilung der Rechtmäßigkeit haben (vgl BSGE 115, 131 = SozR 4-2500 § 135 Nr 20, RdNr 39; BSGE 112, 15 = SozR 4-2500 § 137 Nr 1, RdNr 64 ff).

41

Der GBA hat die Festlegung dahin, dass der am 31.12.2010 bestehende Versorgungsgrad nicht mit 100 %, sondern mit 110 % - und damit an der Grenze zur Überversorgung - zu bewerten ist, mit der Angabe begründet, dass zu diesem Stichtag bereits eine überdurchschnittliche Versorgungslage vorgelegen habe (vgl die im Internet veröffentlichten "Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Bedarfsplanung gemäß GKV-VStG" vom 20.12.2012, geändert am

18.2.2013 und am 18.6.2013, S 13 zu § 14). Defizite in der Versorgungslage seien zu keinem Zeitpunkt deutlich geworden. Stattdessen sei bereits in den vergangenen Jahren ein dynamisches Wachstum dieser Arztgruppen zu beobachten, dass sich nicht alleine durch gestiegene Erfordernisse in der Versorgung der Bevölkerung begründen lasse (vgl "Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Bedarfsplanung gemäß GKV-VStG" vom 20.12.2012, geändert am 18.2.2013 und am 18.6.2013, S 32, zu Anlage 5). Weder aus dieser Begründung noch aus anderen Umständen sind Tatsachengrundlagen ersichtlich, die die Festlegung nicht nur mit 100 %, sondern gerade mit 110 % tragen würden. Soweit der konkrete Prozentsatz unter Berücksichtigung des Umstands bestimmt worden sein sollte, dass bei diesem Versorgungsgrad nach § 101 Abs 1 Satz 3 iVm § 103 Abs 1 Satz 1 und 2 SGB V Zulassungsbeschränkungen angeordnet werden, so würde es sich dabei nicht um ein sachgerechtes Kriterium für die Festlegung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades handeln. Nach § 101 Abs 1 Satz 3 SGB V liegt Überversorgung noch nicht bei jeder Überschreitung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades vor, sondern erst bei einer Überschreitung um mindestens 10 %. Der Gesetzgeber hat damit zum Ausdruck gebracht, dass ein gewisser Grad der Überschreitung der bedarfsgerechten Versorgung zu tolerieren ist und noch nicht zu Zulassungsbeschränkungen führt. Diese gesetzgeberische Entscheidung darf der GBA nicht dadurch umgehen, dass er den allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad zu einem Stichtag auf genau 110 % festsetzt, ohne sich damit auf das Ergebnis von Bedarfsermittlungen beziehen zu können. Die allgemeine nicht mit konkreten Daten unterlegte Annahme, dass die Versorgungslage aufgrund einer dynamischen Entwicklung in den vorangegangenen Jahren bereits zum Stichtag überdurchschnittlich gewesen sei, genügt den an die Sachverhaltsermittlung zu stellenden Anforderungen nicht, wenn es darum geht, einen Prozentsatz festzulegen, mit dem der Grad der bedarfsgerechten Versorgung zu einem bestimmten Zeitpunkt überschritten worden ist.

42

hh) Im Wesentlichen zutreffend ist auch der Einwand des Klägers, dass eine Bedarfsplanung, die das gesamte Bundesland als Planungseinheit definiert, bezogen auf die Arztgruppe der Strahlentherapeuten eine wohnortnahe Versorgung nicht zuverlässig gewährleisten dürfte. Indes ist zu berücksichtigen, dass die Bedarfsplanung - neben der Gewährleistung einer wohnortnahen Versorgung - auch der Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung dient (vgl RdNr 31). Deshalb ist es nicht zu beanstanden, wenn kleinere Arztgruppen in einem ersten Schritt auf der Grundlage einer großflächigen Bedarfsplanung einbezogen werden, gerade wenn sie - wie die Strahlentherapeuten - verhältnismäßig kostenintensive Leistungen erbringen.

43

Allerdings trifft der Einwand des Klägers insofern zu, als § 101 Abs 1 Satz 6 SGB V dem GBA aufgibt, die regionalen Planungsbereiche so festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Die Größe der Planungsbereiche muss danach - neben der Größe der Arztgruppe - auch davon abhängen, ob es sich um Arztgruppen mit unmittelbarem Patientenkontakt handelt und ob den Patienten, die Ärzte dieser Arztgruppe aufsuchen, aufgrund der Art der zu behandelnden Erkrankung lange Anfahrtswege zugemutet werden können. Den zum 1.1.2013 in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen, die der GBA der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet hat, ist gemeinsam, dass ihnen bundesweit weniger als 1000 Ärzte angehören; im Übrigen bestehen bezogen auf die Anforderungen, die an die Erreichbarkeit zu stellen sind, erkennbar erhebliche Unterschiede. Während Laborärzte und Pathologen in der Regel ohne unmittelbaren Patientenkontakt vertragsärztlich tätig sind, werden Strahlentherapeuten von Patienten aufgesucht, die nicht selten an einer schweren Erkrankung leiden und die lange Anfahrtswege deshalb nur mit erheblichen Schwierigkeiten zurücklegen können. Aus Sicht des Senats erscheint fraglich, ob die Festlegung des gesamten Bezirks der KÄV als Planungsbereich gerade in großen Flächenländern wie Bayern damit vereinbar ist. Die Gründe für diese Zuordnung sind für den Senat jedenfalls anhand der Tragenden Gründe auch unter Berücksichtigung der im vorliegenden Verfahren vorgelegten Stellungnahme des GBA nicht vollständig nachvollziehbar. Allein die in § 99 Abs 1 Satz 3 SGB V vorgesehene Möglichkeit, von den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie abzuweichen, sowie der Umstand, dass Defizite im Einzelfall durch die Erteilung einer Sonderbedarfszulassung ausgeglichen werden können, ändert nichts an der Vorgabe des § 101 Abs 1 Satz 6 SGB V, nach der die regionalen Planungsbereiche so festzulegen sind, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Der GBA wird deshalb anknüpfend an die ohnehin erforderliche Weiterentwicklung der Bedarfsplanung (vgl § 101 Abs 1 Satz 7 SGB V idF des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG) vom 16.7.2015, BGBl I 1211) und die im Bericht des GBA vom 5.11.2014 angekündigte erneute Überprüfung der Auswirkungen der Einbeziehung kleiner Arztgruppen in die Bedarfsplanung (vgl RdNr 37) bis Ende des Jahres 2017 zu prüfen haben, ob zB in Raumordnungsregionen oder anderen abgrenzbaren Regionen, in denen rechnerisch mehrere Strahlentherapeuten zugelassen werden können, eine Bedarfsplanung auf der Ebene dieser Regionen zu erfolgen hat.

44

Auf den im vorliegenden Verfahren geltend gemachten Anspruch des Klägers kann sich diese bis zum Ende des Jahres 2017 umzusetzende Verpflichtung des GBA zur Überprüfung der Planungsbereiche für die Gruppe der Strahlentherapeuten noch nicht auswirken. Im Übrigen könnte eine künftige Änderung in Richtung auf eine kleinräumigere Planung von vornherein Möglichkeiten zur Erteilung einer Zulassung oder einer Anstellungsgenehmigung nur in Regionen mit einem bisher niedrigen Versorgungsgrad eröffnen. Dafür sind gerade bezogen auf die größte Stadt des Regierungsbezirks Mittelfranken, für die der Kläger die Erteilung der Anstellungsgenehmigung begehrt, angesichts einer Einwohnerzahl von etwa 1,7152 Mio im Regierungsbezirk (Stand 2014) und 17 vertragsärztlich tätigen Strahlentherapeuten (Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, Stand Februar 2016, S 20) bei einer Verhältniszahl nach § 14 Abs 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie von 173 576 (entsprechend einem Versorgungsgrad von rund 172 %) keine Anhaltspunkte ersichtlich und dies wird von dem Kläger auch nicht geltend gemacht.

45

ii) Der Kläger macht ferner im Grundsatz zutreffend geltend, dass nicht nachvollzogen werden kann, aus welchem Grunde der GBA für alle neu in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen auf die in § 9 des Beschlusses des GBA vom 20.12.2012 vorgesehene Modifikation der Verhältniszahlen durch einen Demografiefaktor verzichtet, während dieser Berechnungsfaktor für alle anderen nicht auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ausgerichteten Arztgruppen zur Anwendung kommen soll.

46

Nach § 101 Abs 2 Nr 3 SGB V idF des GKV-VStG soll der GBA die Verhältniszahlen zur Sicherstellung der bedarfsgerechten Versorgung anpassen; dabei ist insbesondere die demografische Entwicklung zu berücksichtigen. Diese gesetzliche Vorgabe verlangt nicht, dass die demografische Entwicklung bei allen Arztgruppen in gleicher Weise in Ansatz zu bringen wäre. So kann der Anteil älterer Menschen keine unmittelbare Bedeutung für die Festlegung der Verhältniszahlen bei Arztgruppen haben, die typischerweise keine älteren Menschen behandeln. Insofern ist auch unter Berücksichtigung der aus dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art 3 Abs 1 GG) abzuleitenden Vorgaben nicht zu beanstanden, dass der GBA von einer Modifikation der Verhältniszahlen bei Arztgruppen abgesehen hat, die auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind. Das Erfordernis einer ungleichen Behandlung ist insoweit offensichtlich und bedarf keiner weiteren Begründung. Etwas anderes gilt indes für die die zum 1.1.2013 neu in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen (Humangenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner), die der gesonderten fachärztlichen Versorgung zugeordnet worden sind und für die § 9 Abs 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie generell bestimmt, dass der Demografiefaktor nicht zur Anwendung kommt. Die wesentliche Gemeinsamkeit der genannten Arztgruppen besteht darin, dass ihnen bundesweit weniger als 1000 Ärzte angehören und dass sie deshalb erst zum 1.1.2013 in die Bedarfsplanung einbezogen worden sind. Zwischen der Größe einer Arztgruppe und der Bedeutung demografischer Faktoren für die Bedarfsermittlung besteht jedoch kein unmittelbarer Zusammenhang. Auch aus den Tragenden Gründen zum Beschluss des GBA vom 20.12.2012 (S 10) wird ein solcher Zusammenhang nicht deutlich. Dem dort angeführten Umstand, dass die Versorgung bei den betreffenden Arztgruppen grundsätzlich als ausreichend und bedarfsgerecht zu bewerten sei, kann nur bei der Festlegung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades Bedeutung zukommen, nicht aber für die Frage, ob und in welchem Maße diese Festlegung aufgrund unterschiedlicher Entwicklungen in unterschiedlichen Regionen durch einen Demografiefaktor zu modifizieren ist. Die Angabe in den Tragenden Gründen, dass die Leistungsmengenentwicklung hier nach Einschätzung des GBA deutlich weniger stark mit der allgemeinen demografischen Entwicklung zusammenhängen soll als in anderen Leistungsbereichen, wird nicht näher begründet und kann in dieser Allgemeinheit nicht ohne Weiteres nachvollzogen werden.

47

Allerdings kommt es für die Entscheidung im vorliegenden Verfahren auch auf die Rechtmäßigkeit des Verzichts auf die Modifikation der Verhältniszahlen durch einen Demografiefaktor ua für die Gruppe der Strahlentherapeuten angesichts eines Versorgungsgrades, der die Schwelle zur Überversorgung im gesamten Planungsbereich (Bezirk der KÄV) um etwa 50 Prozentpunkte und im Bezirk Mittelfranken sogar um etwa 60 Prozentpunkte überschreitet, offensichtlich nicht an. Die Anwendung des Demografiefaktors kann in dem hier maßgebenden Zeitraum seit 2013 Veränderungen nur im Umfang einzelner Prozentpunkte bewirken (vgl dazu die Beispielsrechnung für Hausärzte in der Anlage 4 des Beschlusses des GBA vom 20.12.2012, BAnz AT 31.12.2012 B7 S 58 f).

48

b) Der Kläger kann einen Anspruch auf Genehmigung der Anstellung des Beigeladenen zu 8. nicht aus dem Umstand herleiten, dass er den Antrag auf Erteilung der Genehmigung am 20.12.2012 und damit noch vor dem Inkrafttreten des Beschlusses des GBA vom 20.12.2012 über die Einbeziehung der Strahlentherapeuten in die Bedarfsplanung zum 1.1.2013 gestellt hat. Die Entscheidungssperre für Anträge, die nach dem 6.9.2012 gestellt worden sind (sog Moratorium), ist nicht zu beanstanden.

49

aa) Der mit Beschluss des GBA vom 6.9.2012 eingeführte § 48 Abs 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie bestimmt, dass der Zulassungsausschuss über Zulassungsanträge ua der Arztgruppe der Strahlentherapeuten, die nach dem 6.9.2012 gestellt werden, erst dann entscheidet, wenn der Landesausschuss die Feststellung nach § 103 Abs 1 Satz 1 SGB V getroffen hat (§ 48 Abs 2 Satz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Der Landesausschuss soll bis zum 15.2.2013 über die Versorgungssituation im Planungsbereich für die neu in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen entscheiden (§ 48 Abs 2 Satz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Zulassungsanträge sind auch dann wegen Zulassungsbeschränkungen abzulehnen, wenn diese noch nicht bei Antragstellung angeordnet waren (§ 48 Abs 2 Satz 3 Bedarfsplanungs-Richtlinie). Nach § 48 Abs 2 Satz 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie gelten die Sätze 1 bis 3 auch für die Genehmigung von Anstellungen in Medizinischen Versorgungszentren oder bei Vertragsärzten. Mit Beschluss des GBA vom 20.12.2012 wurde § 48 Abs 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie mit Wirkung vom 1.1.2013 ohne eine im vorliegenden Zusammenhang maßgebende inhaltliche Änderung in § 63 Abs 4, Abs 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie überführt.

50

bb) Die genannten Bestimmungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie stehen mit höherrangigem Recht im Einklang. Mit § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 9 SGB V hat der Gesetzgeber dem GBA die Befugnis zur Normkonkretisierung im Bereich der ärztlichen Bedarfsplanung übertragen und dazu spezifische Vorgaben in § 101 SGB V geregelt (BSG SozR 4-2500 § 103 Nr 4 Juris RdNr 15 mwN). Darauf Bezug nehmend bestimmt § 104 Abs 2 SGB V, dass das Nähere über das Verfahren bei der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen in der Zulassungsverordnung zu regeln ist. Wie der Senat bereits in zwei Entscheidungen vom 17.10.2007 (B 6 KA 31/07 R - USK 2007-95 sowie BSG SozR 4-2500 § 103 Nr 4) unter Bezugnahme auf ein Urteil vom 23.2.2005 (B 6 KA 81/03 R - BSGE 94, 181 = SozR 4-2500 § 103 Nr 2, RdNr 11) dargelegt hat, wird hierdurch eine abgestufte Form der Normsetzungsdelegation sowohl an den Verordnungsgeber der Ärzte-ZV als auch an den Gemeinsamen Bundesausschuss vorgenommen. Daraus folgt, dass auch die Verfahrensweise im Zusammenhang mit der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen in den Richtlinien des GBA näher ausgestaltet werden kann, soweit die Ärzte-ZV entsprechende Regelungen nicht selbst trifft.

51

§ 48 Abs 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Fassung des Beschlusses vom 6.9.2012 und § 63 Abs 4, Abs 6 Bedarfsplanungs-Richtlinie in der Fassung des Beschlusses des GBA vom 20.12.2012 enthalten solche Verfahrensregelungen. Entgegen der Auffassung des Klägers verstoßen diese nicht gegen § 95 Abs 2 Satz 9 SGB V sowie § 19 Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV. Nach § 95 Abs 2 Satz 9 SGB V sind Anträge auf Zulassung eines

Arztes und auf Zulassung eines MVZ sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen MVZ abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs 1 Satz 2 SGB V angeordnet sind. § 19 Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV bestimmt, dass ein Antrag auf Zulassung wegen Zulassungsbeschränkungen nur dann abgelehnt werden kann, wenn diese bereits bei Antragstellung angeordnet waren.

52

Bezogen auf die hier streitgegenständliche Anstellungsgenehmigung stehen diese Vorschriften nach ihrem Wortlaut der in der Bedarfsplanungs-Richtlinie geregelten Entscheidungssperre bereits deshalb nicht unmittelbar entgegen, weil sich diese allein auf die Zulassung eines Arztes, die Zulassung eines MVZ sowie die Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem MVZ und nicht auf die vorliegend allein streitige Anstellung eines Arztes bei einem Vertragsarzt beziehen. Für ein solches Anstellungsverhältnis bestimmt § 95 Abs 9 Satz 1 SGB V nur allgemein, dass die Genehmigung zu erteilen ist, wenn der anzustellende Arzt in das Arztregister eingetragen ist, "sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind". Dass dabei auf den Zeitpunkt der Antragstellung abzustellen ist, wird für die bei einem Vertragsarzt anzustellenden Ärzte auch nicht in der Ärzte-ZV geregelt. Nach § 32b Abs 2 Satz 1 Ärzte-ZV bedarf die Anstellung der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Nach § 32b Abs 2 Satz 2 Ärzte-ZV gelten für den Antrag § 4 Abs 2 bis 4 und § 18 Abs 2 bis 4 Ärzte-ZV entsprechend. Die entsprechende Geltung des § 19 Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV wird hingegen nicht angeordnet. Allerdings trifft der Einwand des Klägers zu, dass es unter Beachtung des Gleichbehandlungsgebotes kaum zu rechtfertigen wäre, wenn bei der Erteilung einer Zulassung und auch bei Anträgen auf Anstellung in einem MVZ für die Frage, ob Zulassungsbeschränkungen der Erteilung der Genehmigung entgegenstehen, auf den Zeitpunkt der Antragstellung abzustellen wäre, während bei der Anstellungsgenehmigung, die sich auf die Anstellung bei einem Vertragsarzt bezieht, in Richtlinien des GBA ein späterer Zeitpunkt vorgegeben werden könnte. Gegen eine unterschiedliche Behandlung der Genehmigung einer Anstellung und der Zulassung in dieser Frage spricht auch der Umstand, dass die genehmigte Anstellung nach § 95 Abs 9b SGB V auf Antrag des anzustellenden Arztes in eine Zulassung umgewandelt werden kann, sodass eine allein für die Zulassung geltende einschränkende Voraussetzung leicht umgangen werden könnte.

53

Indes kommt es darauf für die Entscheidung im vorliegenden Fall nicht an. Nach der Rechtsprechung des Senats (BSG SozR 4-2500 § 103 Nr 4 Juris RdNr 18; BSG Urteil vom 17.10.2007 - B 6 KA 31/07 R - USK 2007-95, Juris RdNr 18) werden die besonderen Fallgestaltungen, welche aus Anlass von Rechtsänderungen bei den Grundlagen der Bedarfsplanung entstehen, vom Anwendungsbereich des § 19 Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV von vornherein nicht erfasst. Im Hinblick auf ihren anders gelagerten Anwendungsbereich führt die Vorschrift des § 19 Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV nicht dazu, dass dem Normgeber der Bedarfsplanungs-Richtlinie die Kompetenz fehlt, Regelungen für die Übergangsprobleme anlässlich von Rechtsänderungen in den Grundlagen der Bedarfsplanung zu treffen. Vielmehr greift insoweit der in § 104 Abs 2 SGB V enthaltene Vorbehalt ("nach Maßgabe des § 101") zugunsten des Bundesausschusses ein. Aus demselben Grund widerspricht die vom Bundesausschuss getroffene Regelung auch nicht den Vorgaben des höherrangigen Verordnungsrechts. An dieser Rechtsprechung hält der Senat fest. Aus § 95 Abs 2 Satz 9 SGB V, der mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003 (BGBl I 2190) als § 95 Abs 2 Satz 8 SGB V mit dem Ziel eingeführt worden war, für Vertragsärzte geltende Bestimmungen auf MVZ zu übertragen (vgl BT-Drucks 15/1525 S 108 zu Buchst b) und der sich im Übrigen erkennbar an dem Wortlaut des bereits existierenden § 19 Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV orientiert, folgt nichts Anderes.

54

cc) Die Auffassung des Klägers, nach der die zu § 19 Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV ergangene Rechtsprechung des Senats (BSG SozR 4-2500 § 103 Nr 4; BSG Urteil vom 17.10.2007 - B 6 KA 31/07 R - USK 2007-95) nicht auf die vorliegende Fallgestaltung übertragen werden könne, weil die Sachverhalte in entscheidungserheblicher Weise voneinander abweichen, trifft nicht zu.

55

(1) Richtig ist, dass sich die Übergangsregelung, auf die sich die beiden og Urteile des Senats vom 17.10.2007 bezogen, von dem Beschluss des GBA, der vorliegend zu beurteilen ist, insofern unterscheidet, als damals zunächst die materielle Neuregelung (dort: Beschluss des damaligen Ausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Zusammenfassung der Planungsbereiche in Berlin vom 24.3.2003) mit Wirkung für die Zukunft (ab 1.6.2003) getroffen wurde. Gleichzeitig (ebenfalls als Bestandteil des Beschlusses vom 24.3.2003) wurde das Entscheidungsmoratorium beschlossen, das dementsprechend den Zeitraum vom 1.6.2003 bis zur Entscheidung des Landesausschusses umfasste. Im vorliegenden Fall trat das Entscheidungsmoratorium dagegen sofort mit der Beschlussfassung und Bekanntmachung (am 6.9.2012) in Kraft. Gleichzeitig wurde darüber entschieden, welche Arztgruppen in die Bedarfsplanung einbezogen werden. Allerdings enthält der Beschluss vom 6.9.2012 noch keine Festlegung zu den Verhältniszahlen (Einwohner pro Arzt), die für die neu in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen gelten sollten. Damit standen die Grundlagen für die Entscheidung des Landesausschusses über die Feststellung einer Überversorgung und die Anordnung von Zulassungssperren bei Wirksamwerden der Entscheidungssperre noch nicht vollständig fest. Das ändert aber nichts daran, dass es auch hier um die Einführung von Zulassungsbeschränkungen aufgrund von Rechtsänderungen geht, die die Grundlage der Bedarfsplanung beeinflussen und die nach der og Rechtsprechung des Senats nicht vom Anwendungsbereich des § 19 Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV erfasst werden. Dabei kommt es nicht darauf an, ob die Einbeziehung der sog kleinen Arztgruppen in die Bedarfsplanung erst durch § 101 Abs 1 Satz 6 SGB V idF des GKV-VStG und die damit bewirkte Erweiterung des Gestaltungsspielraums des GBA beim Zuschnitt der Planungsbereiche ermöglicht worden ist (zu den vor der Änderung durch das GKV-VStG im Regelfall geltenden Festlegung auf die Stadt- oder Landkreise vgl BSGE 81, 207, 209 ff = SozR 3-2500 § 101 Nr 2 S 9 ff). Ein konkreter Auftrag zu einer entsprechenden Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie kann dem Gesetz jedenfalls nicht entnommen werden (vgl RdNr 29). Ausschlaggebend ist indes, dass die hier in Rede stehenden Zulassungsbeschränkungen nicht unmittelbar aus einem Anstieg der Arztzahlen und einer daraus folgenden Feststellung einer Überversorgung nach § 103 Abs 1 Satz 1 SGB V resultieren, sondern aus der Entscheidung des GBA, auch die sog kleinen Arztgruppen in die Bedarfsplanung einzubeziehen. Der geänderten Konzeption entsprechend hat der GBA die Bedarfsplanungs-Richtlinie und damit Rechtsnormen geändert. Auf dieser Rechtsänderung beruht die hier maßgebende Anordnung von Zulassungsbeschränkungen ua für die Arztgruppe der Strahlentherapeuten. Insofern unterscheidet sich die vorliegende Fallkonstellation entgegen der Auffassung des Klägers nicht von derjenigen, die den og Entscheidungen des Senats vom 17.10.2007

zugrunde lag und in der die Anordnung von Zulassungsbeschränkungen auf einer Änderung des Zuschnitts von Planungsbereichen durch den damaligen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beruhte (ebenso Pawlita, JurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, § 101 RdNr 29 mwN; Tiedemann, VSSR 2015, 229, 231, Fn 7; aA: Wigge/Remmert, MedR 2013, 228, 233).

56

(2) Auch der Einwand des Klägers, dass das ab 6.9.2012 geltende Moratorium gegen die Vorgabe aus § 101 Abs 1 Satz 6 SGB V idF des GKV-VStG verstoße, nach der der GBA die Planungsbereiche nicht schon zum 6.9.2012, sondern erst "mit Wirkung zum 1. Januar 2013" neu festzulegen habe, greift nicht durch. Zwar trifft es zu, dass Strahlentherapeuten im Zuständigkeitsbereich der zu 1. Beigeladenen bereits ab dem Inkrafttreten des Moratoriums und nicht erst ab dem Inkrafttreten des Beschlusses vom 20.12.2012 mit Wirkung vom 1.1.2013 grundsätzlich eine Anstellungsgenehmigung nur noch in Abhängigkeit vom Bedarf erteilt werden konnte. Da die Einbeziehung der kleinen Arztgruppen und damit auch der Strahlentherapeuten in die Bedarfsplanung ihre Grundlage nicht unmittelbar in dem erst mit Wirkung vom 1.1.2013 eingefügten § 101 Abs 1 Satz 6 SGB V hat (vgl RdNr 29), folgen daraus aber keine rechtlichen Bedenken gegen die Vereinbarkeit der Regelung mit höherrangigem Recht.

57

(3) Ein weiterer Unterschied zwischen dem hier zu beurteilenden Sachverhalt und dem Sachverhalt, der den Entscheidungen des Senats vom 17.10.2007 (B 6 KA 45/06 R - BSG SozR 4-2500 § 103 Nr 4 und B 6 KA 31/07 R - USK 2007-95) zugrunde lag, besteht nach den Darlegungen des Klägers darin, dass es hier nicht darum geht, ein vorübergehendes Regelungsvakuum für eine bereits in die Bedarfsplanung einbezogene Arztgruppe zu vermeiden, sondern um die erstmalige Einbeziehung einer Arztgruppe in die Bedarfsplanung. Allerdings ist dem Kläger aus dem am 17.10.2007 entschiedenen Verfahren zum Az B 6 KA 45/06 R (SozR 4-2500 § 103 Nr 4 RdNr 22), ebenfalls erst durch die Zusammenfassung der Planungsbereiche die Möglichkeit versperrt worden, eine Zulassung zu erhalten, weil für den Planungsbereich, in dem er sich niederlassen wollte, bis dahin keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet worden waren. Die durch die Zusammenfassung der Planungsbereiche und den darauf aufbauenden Beschluss des Landesausschusses vom 20.8.2003 (Überversorgung bezogen auf das entsprechende Fachgebiet des Klägers für den Planungsbereich "Gesamtberlin") eingetretene Sperrwirkung war deshalb auch in dem damaligen Verfahren durch das ab dem 1.6.2003 geltende Entscheidungsmoratorium faktisch vorverlegt worden.

58

Richtig ist, dass es hier nicht um die Vermeidung eines vorübergehenden Regelungsvakuums ging. Daraus kann jedoch nicht gefolgert werden, dass im vorliegenden Fall keine oder nur weniger gewichtige Gründe für die Regelung einer Entscheidungssperre vorgelegen hätten, als in den Verfahren, die die Zusammenfassung der Planungsbereiche für Berlin zum Gegenstand hatten. Mit der Entscheidungssperre aus dem Beschluss vom 6.9.2012 wollte der GBA vermeiden, dass die mit Einbeziehung der kleinen Arztgruppen in die Bedarfsplanung angestrebte Begrenzung der Zahl der Ärzte aufgrund einer hohen Zahl von Zulassungsanträgen, die noch kurz vor dem Wirksamwerden der Begrenzung gestellt werden, umgangen wird und dass alle zulassungswilligen Ärzte ohne Rücksicht auf die dadurch entstehende (weitere) Überversorgung zugelassen werden müssen. In den Tragenden Gründen zum Beschluss vom 6.9.2012 (S 2 f) wird nachvollziehbar unter Hinweis auf die bereits erheblich gestiegene Zahl der Zulassungsanträge und auf die Erfahrungen bei der Einführung der "verschärften" Bedarfsplanung mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 ("Seehoferbauch"; zur Vermeidung eines entsprechenden Effekts bei der Einbeziehung der Psychotherapeuten in die vertragsärztliche Versorgung vgl BSGE 87, 158, 180 f = SozR 3-2500 § 95 Nr 25 S 128 f) dargelegt, dass Ärzte dieser Arztgruppen voraussichtlich in erheblicher Zahl von der Möglichkeit Gebrauch machen würden, vor dem Wirksamwerden der Zulassungsbeschränkungen die Erteilung einer Zulassung oder eine Anstellungsgenehmigung zu beantragen. Diese Gründe sind nicht weniger gewichtig als die bei der Neuordnung der Planungsbereiche für Berlin angestrebte Vermeidung eines "Regelungsvakuums".

59

(4) Entgegen der Auffassung des Klägers können rechtlich relevante Unterschiede zwischen der Fallgestaltung, die den og Entscheidungen des Senats vom 17.10.2007 (aaO) zugrunde lagen und dem hier zu beurteilenden Sachverhalt auch nicht aus dem Umstand abgeleitet werden, dass das Moratorium im Zusammenhang mit der Neuordnung der Planungsbereiche für Berlin mit Wirkung für einen künftigen Zeitraum angeordnet worden war, während das Moratorium hier bereits unmittelbar ab dem Tag der Beschlussfassung durch den GBA eingreift. In beiden Fällen sind die Regelungen getroffen worden, die erforderlich waren, um die Bedarfsplanung wirksam werden zu lassen und eine unkontrollierte Zunahme der Zahl von Vertragsärzten in bereits überversorgten Regionen entgegenzuwirken. Bezogen auf die Neuordnung der Planungsbereiche, die Gegenstand der Urteile vom 17.10.2007 waren, konnte der damalige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen den Zeitpunkt für das Inkrafttreten der Änderung der Planungsbereiche und damit auch den Zeitpunkt, zu dem die Entscheidungssperre zur Vermeidung eines "Regelungsvakuums" erforderlich wird, selbst bestimmen. Dagegen ging es dem GBA bei dem am 6.9.2012 beschlossenen Moratorium darum, unverzüglich einer bereits einsetzenden und nicht mehr steuerbaren Entwicklung entgegenzuwirken. Für den GBA bestand Anlass zu sofortigem Handeln, als sich abzeichnete, dass Überlegungen zur Einbeziehung auch der sog kleinen Arztgruppen in die Bedarfsplanung in den Kreisen der davon betroffenen Ärzte bekannt wurden und zu einem Anstieg der Zahl von Zulassungsanträgen führten, die erkennbar mit dem Ziel gestellt wurden, der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen zuvorzukommen.

60

c) Die vom GBA in seinem Beschluss vom 6.9.2012 getroffene Übergangsregelung verstößt nicht gegen das aus dem Rechtsstaatsprinzip (Art 20 Abs 3 GG) abgeleitete Rückwirkungsverbot. Wie der Senat bereits in den beiden genannten Urteilen vom 17.10.2007 (B 6 KA 45/06 R - SozR 4-2500 § 103 Nr 4 RdNr 20 und B 6 KA 31/07 - Juris RdNr 20; vgl auch BSGE 73, 131 = SozR 4-2500 § 85 Nr 4 RdNr 10 mwN) dargelegt hat, gelten die vom BVerfG zur Rückwirkung von Normen entwickelten Grundsätze auch für untergesetzliche Rechtsnormen wie die Bedarfsplanungs-Richtlinie. Für die Unterscheidung zwischen der nur ausnahmsweise unter besonderen Voraussetzungen zulässigen echten Rückwirkung, die vorliegt, wenn eine Norm nachträglich in abgewickelte der Vergangenheit angehörende Sachverhalte ändernd eingreift (BVerfGE 114, 258, 300; BVerfGE 132, 302 = NJW 2013, 145, RdNr 42) von der unter erleichterten Voraussetzungen zulässigen

unechten Rückwirkung, die vorliegt, wenn eine Rechtnorm auf gegenwärtige, noch nicht abgeschlossene Sachverhalte und Rechtsbeziehungen für die Zukunft einwirkt, indem sie Rechtspositionen nachträglich entwertet, ist der Zeitpunkt der Bekanntmachung der Norm maßgebend (BVerfGE 126, 369, 391; BVerfGE 97, 67, 78; BVerfGE 127, 1, 16 f; BVerfGE 132, 302 = NJW 2013, 145, RdNr 42).

61

Den vom GBA beschlossenen Regelungen zur Einbeziehung ua der Strahlentherapeuten in die Bedarfsplanung kommt danach keine echte, sondern unechte Rückwirkung zu. Der Beschluss des GBA vom 6.9.2012 ist vorab (vor der erforderlichen Genehmigung durch das BMG) am 6.9.2012 und endgültig am 21.9.2012 veröffentlicht worden. Der Kläger hat seinen Antrag auf Erteilung der Anstellungsgenehmigung erst danach - am 20.12.2012 - gestellt. Allein der Umstand, dass die Kriterien für die Bildung von Planungsbereichen und Verhältniszahlen in dem Beschluss vom 6.9.2013 noch nicht enthalten waren, sondern erst in dem am 31.12.2012 im Bundesanzeiger veröffentlichten Beschluss des GBA vom 20.12.2012 (BAnz AT 31.12.2012 B7 S 61), kann ein über den 6.9.2012 hinausgehendes schutzwürdiges Vertrauen in den Fortbestand der Regelungen aus den Bedarfsplanungs-Richtlinien zum Ausschluss der sog kleinen Arztgruppen von der Bedarfsplanung nicht begründen. Entscheidend ist, dass die Einbeziehung ua der Arztgruppe der Strahlentherapeuten in die Bedarfsplanung bereits in § 48 Abs 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie idF des "Moratoriumsbeschlusses" des GBA vom 6.9.2012 normiert war und dass damit zum Zeitpunkt der Antragstellung des Klägers feststand, dass die Anstellungsgenehmigung nicht mehr unabhängig von der Bedarfslage erteilt werden würde. Insofern stimmt die Übergangsregelung in Art 48 Abs 2 Satz 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie aF, nach der über Zulassungsanträge der neu in die Bedarfsplanung einbezogenen Arztgruppen erst zu entscheiden ist, wenn der Landesausschuss die Feststellung zum Vorliegen einer Überversorgung (§ 103 Abs 1 Satz 1 SGB V) getroffen hat, mit der Regelung überein, die der Gesetzgeber anlässlich der Verschärfung der Regelungen zur Bedarfsplanung in Art 33 § 3 Abs 2 Satz 1 GSG getroffen hat (zur Verfassungsmäßigkeit dieser Regelung vgl bereits BSG SozR 4-2500 § 101 Nr 1 RdNr 9; BSGE 79, 152, 156 f = SozR 3-2500 § 103 Nr 1 S 6; BSGE 81, 207, 212 = SozR 3-2500 § 101 Nr 2 S 12).

62

Anders als die "echte Rückwirkung" ("Rückbewirkung von Rechtsfolgen") ist die "unechte" Rückwirkung ("tatbestandliche Rückanknüpfung") nicht grundsätzlich unzulässig, denn die Gewährung vollständigen Schutzes zugunsten des Fortbestehens der bisherigen Rechtslage würde den dem Gemeinwohl verpflichteten Normgeber in wichtigen Bereichen lähmen und den Konflikt zwischen der Verlässlichkeit der Rechtsordnung und der Notwendigkeit ihrer Änderung im Hinblick auf einen Wandel der Lebensverhältnisse in nicht mehr vertretbarer Weise zu Lasten der Anpassungsfähigkeit der Rechtsordnung lösen (vgl BVerfGE 76, 256, 348; BVerfGE 105, 17, 40; BVerfGE 114, 258, 301). Der verfassungsrechtliche Vertrauensschutz geht insbesondere nicht so weit, den Staatsbürger vor jeder Enttäuschung seiner Erwartungen in die Dauerhaftigkeit der Rechtslage zu bewahren (vgl BVerfGE 63, 312, 331; BVerfGE 67, 1, 15; BVerfGE 76, 256, 349 f mwN). Soweit nicht besondere Momente der Schutzwürdigkeit hinzutreten, genießt die bloß allgemeine Erwartung, das geltende Recht werde zukünftig unverändert fortbestehen, keinen besonderen verfassungsrechtlichen Schutz (vgl BVerfGE 38, 61, 83; BVerfGE 105, 17, 40; BVerfGE 109, 133, 180 f; BVerfGE 125, 104, 135; BVerfGE 131, 20 RdNr 73). Der Normgeber muss aber, soweit er für künftige Rechtsfolgen an zurückliegende Sachverhalte anknüpft, dem verfassungsrechtlich gebotenen Vertrauensschutz in hinreichendem Maß Rechnung tragen. Dabei sind die Interessen der Allgemeinheit, die mit der Regelung verfolgt werden, und das Vertrauen des Einzelnen auf die Fortgeltung der Rechtslage abzuwägen (vgl BVerfGE 30, 392, 404; BVerfGE 75, 246, 280; BSG SozR 4-2500 § 103 Nr 4 RdNr 22 und BSG Urteil vom 17.10.2007 - B 6 KA 31/07 R - Juris RdNr 22) und der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit zu wahren (vgl BVerfGE 95, 64, 86; BVerfGE 122, 374, 394). Eine unechte Rückwirkung ist mit den Grundsätzen grundrechtlichen und rechtsstaatlichen Vertrauensschutzes daher nur vereinbar, wenn sie zur Förderung des Gesetzeszwecks geeignet und erforderlich ist und wenn bei einer Gesamtabwägung zwischen dem Gewicht des enttäuschten Vertrauens und dem Gewicht und der Dringlichkeit der die Rechtsänderung rechtfertigenden Gründe die Grenze der Zumutbarkeit gewahrt bleibt (vgl BVerfGE 127, 1, 18; BVerfGE 131, 20 RdNr 73).

63

Wie bereits dargelegt war das sog Moratorium erforderlich, nachdem im zeitlichen Zusammenhang mit Überlegungen zur Einbeziehung der sog kleinen Arztgruppen in die Bedarfsplanung bereits ein deutlicher Anstieg der Zulassungsanträge zu verzeichnen war. Der GBA musste mit einem weiteren Anstieg von Anträgen rechnen, die nicht mit Blick auf medizinische Erfordernisse, sondern mit dem Ziel gestellt werden, der Einbeziehung ua der Strahlentherapeuten in die Bedarfsplanung und der absehbar damit verbundenen Anordnung von Zulassungsbeschränkungen zuvorzukommen. Nach der nicht zu beanstandenden Beurteilung des Gesetzgebers sind die Regelungen zur Bedarfsplanung und zu Zulassungsbeschränkungen zur Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung und damit einem Gemeinwohlbelang von hoher Bedeutung (vgl BVerfGE 114, 196, 244, 248 = SozR 4-2500 § 266 Nr 9 RdNr 131, 139; BVerfGE 103, 172, 184 f = SozR 3-5520 § 25 Nr 4; BVerfG (Kammer) NZS 2008, 34 RdNr 12; BSGE 82, 41, 45 = SozR 3-2500 § 103 Nr 2 S 15; BSGE 103, 243 = SozR 4-2500 § 95b Nr 2, RdNr 71) weiterhin erforderlich.

64

Mit der Entscheidung, die in der Bedarfsplanungs-Richtlinie enthaltene Ausnahmeregelung für die sog kleinen Arztgruppen auslaufen zu lassen, hat der GBA seinen Entscheidungsspielraum nicht überschritten. Die Erreichung der mit dieser Entscheidung angestrebten Ziele wäre zumindest gefährdet gewesen, wenn weitere Angehörige dieser Arztgruppen trotz mindestens ausreichender Versorgung ungesteuert zur vertragsärztlichen Versorgung hätten zugelassen werden müssen, bevor Regelungen zur Bedarfsplanung eingreifen. Dem konnte der GBA nur durch das angeordnete Entscheidungsmoratorium effektiv entgegenwirken. Schutzwürdiges Vertrauen von Zulassungsbewerbern, die ihren Wunsch sich niederzulassen bis zum Zeitpunkt der Bekanntmachung des Beschlusses des GBA vom 6.9.2012 noch nicht durch einen Zulassungsantrag dokumentiert haben, wird dadurch nicht beeinträchtigt (vgl bereits die Urteile des Senats vom 17.10.2007 - B 6 KA 45/06 R - SozR 4-2500 § 103 Nr 4 und B 6 KA 31/07 R- jeweils Juris RdNr 23). Nach dem Inhalt und der veröffentlichten Begründung zum Beschluss des GBA vom 6.9.2012 war für die betroffenen Personen (Ärzte für Strahlenheilkunde) und Institutionen (KÄVen) klar, dass es zumindest in den attraktiven Ballungsräumen Deutschlands absehbar keine Zulassungsmöglichkeiten mehr geben würde. Im Hinblick auf die im September 2012 veröffentlichten statistischen Angaben zum Anstieg der Zahl der Strahlentherapeuten und zur - vom GBA so gesehenen - Notwendigkeit einer Begrenzung ist die Beendigung der freien Zulassung bereits mit dem Tag der Veröffentlichung der Beschlussfassung zum Moratorium festgeschrieben worden. Ein Vertrauen von Strahlentherapeuten in den Fortbestand der zuvor

bestehenden Rechtslage war damit zerstört. Über das Eingreifen der Beschränkungen konnte es bei den Betroffenen keine Zweifel mehr geben.

65

Im Übrigen geht das BVerfG selbst bei einer echten Rückwirkung davon aus, dass schutzwürdiges Vertrauen in den Fortbestand einer gesetzlichen Regelung nicht erst mit der Verkündung der Änderung im Bundesgesetzblatt, sondern grundsätzlich schon durch den Gesetzesbeschluss des Bundestages (BVerfGE 127, 31 RdNr 58 f; BVerfGE 132, 302 RdNr 57) beseitigt wird. Ein Vertrauen des Betroffenen, bis zur Verkündung der Norm könne sich noch etwas ändern, ist nicht geschützt (BVerfGE 95, 64, 87). Der Zweck, Ankündigungs- und Mitnahmeeffekte auszuschließen, kann es sogar rechtfertigen, den Schutz des Vertrauens auf eine unveränderte Rechtslage schon vor dem Wirksamwerden einer Neuregelung enden zu lassen (BVerfGE 97, 67, 81 f).

66

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm einer entsprechenden Anwendung der §§ 154 ff VwGO. Danach hat der Kläger die Kosten des erfolglos eingelegten Rechtsmittels zu tragen (§ 154 Abs 2 VwGO).
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2016-11-10