

L 4 KA 81/10

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4

1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 283/09

Datum
20.10.2010
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 81/10

Datum
19.10.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 29/12 R
Datum
05.06.2013

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Marburg vom 20. Oktober 2010 ([S 12 KA 283/09](#)) wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat für die Berufungsinstanz der Beklagten sowie der Beigeladenen zu 1) die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten und die Gerichtskosten zu tragen. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 15.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Ermächtigung zur Einrichtung einer Zweigpraxis in NT. mit Praxissitz in A-Stadt.

Die 1959 geb. Klägerin ist seit 1993 Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe und verfügt seit 1997 über die zusätzliche Weiterbildung in der gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Seit 1997 ist sie zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt, Niedersachsen, zugelassen. Im Jahr 1999 wurde ihr von der Ärztekammer Niedersachsen die Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach [§ 121a SGB V](#) erteilt.

Die Klägerin beantragte am 28. Mai 2007 die Ermächtigung zur Führung einer KV-bereichsübergreifenden Zweigpraxis in NT., da sie zahlreiche Patientinnen auch aus dieser Region aufsuchten. Die KV Niedersachsen teilte unter dem 15. August 2007 mit, aus ihrer Sicht werde die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Sitzes der Klägerin durch die beabsichtigte Zweigpraxis nicht beeinträchtigt.

Der Zulassungsausschuss in A-Stadt für die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit bei der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen teilte unter dem 31. August 2008 mit, es bestünden keine Bedenken gegen die Errichtung der beantragten Zweigpraxis in NT. Die Landesärztekammer Hessen teilte dem Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) unter dem 11. September 2007 mit, sie stehe dem Antrag ablehnend gegenüber, weil nicht erkennbar werde, dass die Versorgung in NT. verbessert würde und gleichzeitig die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten in A-Stadt sichergestellt sei. Für die Erbringung von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen bestehe in NT. kein weiterer Bedarf. Es existiere eine von ihr genehmigte IVF-Einrichtung. Angesichts eher rückläufiger Behandlungszahlen sei auch künftig nicht von einer Unterversorgung auszugehen. Eine ausreichende Vertreterregelung für den Standort NT. sei nicht dargelegt worden.

Die Beigeladene zu 1) wies mit Datum vom 30. Oktober 2007 auf die Überversorgung des Planungsbereichs "NT-Stadt" in Höhe von 131,76 % für Gynäkologen hin. Nach Prüfung der versorgungsrelevanten Kriterien sei von einer guten gynäkologischen Versorgung in NT. auszugehen. Seit dem 1. Juli 2006 sei das MVZ für Reproduktionsmedizin mit drei angestellten Gynäkologen sowie einem Laborarzt vertragsärztlich tätig. Die dort angestellten Gynäkologen verfügten über entsprechende Genehmigungen zur Durchführung von IVF-Behandlungen. Nach Angaben des MVZ gäbe es freie Kapazitäten. Termine würden nach Anmeldung sofort bis innerhalb einer Woche vergeben werden. Nach Angaben des MVZ führe die Zulassung weiterer Leistungserbringer zu einem Rückgang des Gesamtvolumens der Behandlungszyklen pro Zentrum, wobei jedoch ein statistischer Zusammenhang zwischen einer steigenden Anzahl von Behandlungszyklen und der Erfolgsquote erzielter Schwangerschaften bestehe. Die Landesärztekammer Hessen habe nach ihrem Kenntnisstand noch nicht die

erforderliche Genehmigung nach [§ 121a SGB V](#) erteilt, sie empfehle daher die Antragsablehnung.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte bei der KVH lehnte mit Beschluss vom 1. November 2007 den Antrag der Klägerin auf Ermächtigung zur Aufnahme einer weiteren vertragsärztlichen Tätigkeit im Rahmen einer Filiale in NT. ab, weil die Voraussetzungen des § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV nicht erfüllt seien. Für den Bereich der Stadt NT. könne ein lokaler Versorgungsbedarf nicht festgestellt werden. Durch die Ermächtigung der Klägerin würde auch in qualitativer Hinsicht keine Verbesserung der Versorgung eintreten, da das in NT. vertragsärztlich tätige MVZ für Reproduktionsmedizin mit drei angestellten Ärzten und einem Laborarzt bereits alle erforderlichen Maßnahmen der modernen Reproduktionsmedizin erbringe.

Den hiergegen am 27. Dezember 2009 erhobenen Widerspruch hat der Beklagte mit Beschluss vom 11. März 2009, ausgefertigt am 9. April 2009 und der Klägerin am 11. April 2009 zugestellt, als unbegründet zurückgewiesen. In den Beschlussgründen führte er aus, es sei zunächst über die Erteilung einer Ermächtigung zur Einrichtung einer Zweigpraxis zu entscheiden, die ggf. mit dem Vorbehalt einer weiteren Genehmigung gemäß [§ 121a SGB V](#) zu versehen wäre. Nach der Stellungnahme des Zulassungsausschusses A-Stadt/Niedersachsen sei von einer ordnungsgemäßen Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes auszugehen. Es komme deshalb nur noch auf die Prüfung der Verbesserung der Versorgung am Sitz der Zweigpraxis an. Im Hinblick auf die Spezialität der strittigen Leistungen sei zu prüfen, ob unter Zugrundelegung einer an bedarfsplanungsrechtlichen Grundsätzen angelehnten Betrachtung im Planungsbereich NT. Anlass zur Erteilung einer Ermächtigung bzw. einer Sonderbedarfszulassung im Bereich reproduktionsmedizinischer Leistungen gegeben sei. Nach der Stellungnahme der Beigeladenen zu 1) vom 9. März 2009 sei die Auslastung des MVZ für Reproduktionsmedizin in NT. unterdurchschnittlich, was auch hinreichend durch entsprechende Zahlen objektiviert worden sei. Eine Bedarfssituation im Sinne des Bedarfsplanungsrechts sei deshalb zu verneinen. Zu berücksichtigen sei ferner, dass es sich bei reproduktionsmedizinischen Leistungen um sehr spezielle Leistungen handele, bei denen den Versicherten auch größere Entfernungen zuzumuten seien. Es bestehe auch eine unmittelbare Relation zwischen der Zahl der durchgeführten Behandlungen und der Erfolgsquote. Eine Verminderung der Leistungen eines einzelnen Leistungserbringers würde insofern zu einer Verschlechterung der Versorgung führen.

Die hiergegen am 11. Mai 2009 erhobene Klage hat das Sozialgericht Marburg mit Gerichtsbescheid vom 20. Oktober 2010 abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Widerspruchs unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts, der Beschluss des Beklagten vom 11. März 2009 sei rechtmäßig.

Die Voraussetzungen für die beantragte Ermächtigung zur Einrichtung einer Zweigpraxis in NT. lägen nicht vor, die Versorgung der Versicherten an diesem weiteren Ort werde nicht verbessert. Die von der Klägerin angebotenen Leistungen würden im Planungsbereich und im Einzugsbereich der Stadt NT. in ausreichendem Maße erbracht. Der Beklagte weise in seinem Beschluss darauf hin, dass die Auslastung des MVZ NT. unterdurchschnittlich sei, was auch hinreichend durch entsprechende Zahlen objektiviert worden sei. Damit habe der Beklagte seinen Beurteilungsspielraum nicht überschritten, er habe damit auch nicht fehlerhaft auf Gesichtspunkte der Bedarfsplanung abgestellt. Die Klägerin habe nicht dargelegt, dass sie andere Leistungen als das MVZ NT. erbringen wolle oder über ein spezifisches Versorgungskonzept verfüge. Die Behauptung, sie gewährleiste die persönliche Betreuung durch einen weiblichen Arzt, stelle kein solches spezifisches Versorgungskonzept dar. Grundsätzlich sei davon auszugehen, dass alle zugelassenen Leistungserbringer in der Lage seien, die Leistungen ihres Fachgebiets und im erforderlichen Umfang zu erbringen. Es bestehe kein Anspruch eines Versicherten, von einem Arzt eines bestimmten Geschlechts oder überhaupt von einem bestimmten Arzt behandelt zu werden. Es komme auch nicht darauf an, wer Träger der Einrichtung sei. Eine Gewinnerzielungsabsicht des Trägers schließe gleichfalls eine ordnungsgemäße Leistungserbringung nicht aus. Mit dem Tatbestandsmerkmal der Versorgungsverbesserung stelle der Gesetzgeber ausschließlich auf Versorgungsgesichtspunkte ab, also ausschließlich auf quantitative und/oder qualitative Aspekte der Versorgung der Versicherten und damit nicht primär auf verbesserte "Markchancen" des einzelnen Vertragsarztes.

Gegen den ihr am 25. Oktober 2010 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 25. November 2010 Berufung beim HLSG eingelegt. Im Rahmen der Berufungsbegründung trägt sie vor, § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV sei auch durch den Beklagten im Lichte des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) auszulegen, so dass bei Vorliegen der Voraussetzungen ein Anspruch auf Ermächtigung für die Zweigpraxis bestehe. Der Beurteilungsspielraum des Beklagten beschränke sich allein auf die Prüfung des Umstandes, ob eine Verbesserung der Versorgung stattfinde. Für den Fall, dass die Klägerin die einzige Anbieterin der entsprechenden Leistungen gemäß [§ 121a SGB V](#) wäre, sei ihr für den Planungsbereich eine entsprechende Zweigpraxisgenehmigung zwingend zu erteilen. Entscheide letztlich allein die Richtigkeit der Auswahlentscheidung im Rahmen des [§ 121a SGB V](#) über die entsprechende Alleinstellung und damit Versorgungsverbesserung durch die Zweigpraxis der Klägerin, sei unter der Bedingung der entsprechenden Genehmigungserteilung auch die Ermächtigung gem. § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV zu erteilen. Die Klägerin biete eine qualitative Verbesserung im Sinne einer Strukturqualität dahingehend, dass es sich insoweit um eine Behandlung durch eine weibliche Ärztin handele, die persönlich die entsprechenden Qualitätsmerkmale aufweise und die Leistung persönlich erbringe.

Die Klägerin beantragt,
den Beklagten unter Aufhebung des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts Marburg vom 20.10.2010 und des Beschlusses des Beklagten vom 11.03.2009 zu verurteilen, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihren Widerspruch neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte tritt der Argumentation der Klägerin entgegen und macht geltend, die Genehmigung einer Zweigpraxis gem. § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV unterscheide sich von einer Genehmigung nach [§ 121a SGB V](#) zunächst dadurch, dass unterschiedliche Genehmigungsbehörden zu agieren hätten. Voraussetzung für die Erteilung einer Genehmigung gem. [§ 121a SGB V](#) sei die tatsächliche Teilnahme des Antragstellers an der ambulanten ärztlichen Versorgung. Diese Genehmigungsvoraussetzung könne jedoch nicht dadurch fingiert werden, dass die Rechtsfolge der Prüfung eines Anspruchs im Sinne des [§ 121a SGB V](#) - also die Erteilung einer solchen Genehmigung - im Wege der Fiktion zur Bedingung der Tatbestandsvoraussetzung einer solchen Genehmigung zur - erstmaligen - Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in Hessen gemacht werde. Nichts anderes aber liege der Argumentation der Klägerin zu Grunde. Im Übrigen unterschieden sich die Zwecksetzungen dieser Genehmigungen ganz wesentlich. Mithin unterliege die Prüfung einer Genehmigung gem. [§ 121a SGB V](#) völlig anderen Kriterien als die Prüfung der Genehmigung einer Zweigpraxis. Tatsache sei, dass der Beklagte in seiner hier streitbefangenen

Entscheidung vom 11. März 2009 eine Fallgestaltung habe zugrunde legen müssen, in welcher das konkurrierende MVZ am Klinikum NT. über eine Genehmigung nach [§ 121a SGB V](#) verfügt habe und nach wie vor verfüge und die Klägerin andererseits zu keinem Zeitpunkt eine solche Genehmigung besessen habe. Das Sozialgericht Marburg habe in seiner angefochtenen Entscheidung völlig zutreffend die Auffassung des Beklagten bestätigt, dass eine Versorgungsverbesserung durch die Einrichtung einer Zweigpraxis der Klägerin in NT. im Rechtssinne nicht festgestellt werden könne. Es habe ferner völlig zutreffend festgehalten, dass dies unabhängig von dem Geschlecht der behandelnden Ärzte gelte.

Die Beigeladene zu 1) beantragt,
die Berufung der Klägerin kostenpflichtig zurückzuweisen.

Die übrigen Beigeladenen haben sich im Berufungsverfahren nicht geäußert und auch keine Anträge gestellt.

Den Antrag der Klägerin vom 3. September 2004, ihr die Genehmigung zur Durchführung von reproduktionsmedizinischen Leistungen für eine Zweigpraxis in NT. zu erteilen, hat die Landesärztekammer Hessen mit Bescheiden vom 29. November 2004 und vom 22. September 2006 sowie mit Widerspruchsbescheid vom 26. Juni 2007 abgelehnt, weil die IVF/ET-Kommission (Invitro - Fertilisation mit anschließendem Embryo-Transfer) nach eingehenden Beratungen dem Antrag nicht zustimmen können. Die Klägerin verfüge weder über eine Zulassung noch über eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in Hessen. Dies sei aber Voraussetzung, um eine Abrechnungserlaubnis zu erhalten. Aufgrund der bestehenden Überversorgung sei auch davon auszugehen, dass ein ggf. gestellter Ermächtigungsantrag erfolglos bleiben werde. Ein weiterer Bedarf für reproduktionsmedizinische Leistungen bestehe im Hinblick auf die Frau Dr. QQ. bzw. dem MVZ am Klinikum NT. erteilte Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nicht. Auch eine Genehmigung unter Auflagen oder eine bedingte Genehmigung sei nicht in Betracht zu ziehen gewesen. Die hiergegen erhobene Klage und Berufung blieben erfolglos (Urteil SG Marburg vom 8. Oktober 2008 (Az.: [S 12 KA 381/07](#)); Urteil HLSG vom 8. Juni 2011 ([L 4 KA 102/08](#))).

Die Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung entscheiden, nachdem die Beteiligten ihr Einverständnis hiermit erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)).

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht und die Beklagte haben rechtsfehlerfrei einen Anspruch der Klägerin auf die Erteilung einer Ermächtigung zur Einrichtung einer Zweigpraxis in NT. bei Praxissitz in A-Stadt verneint.

Rechtsgrundlage für die Erteilung einer Ermächtigung zum Betreiben einer Zweigpraxis außerhalb des Bezirks seiner Kassenärztlichen Vereinigung ist § 24 Abs 3 Satz 3 i. V. m. Satz 1 Nr. 1 und 2 Zulassungsordnung für Vertragsärzte (Ärzte - ZV, inhaltsgleich mit § 24 Abs. 3 Zahnärzte-ZV). Nach dieser Regelung, die ihre gesetzliche Grundlage in [§ 98 Abs 2 Nr. 13 SGB V](#) hat, setzt die Ermächtigung voraus, dass (1.) die Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort verbessert und (2.) die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

Bei der Entscheidung, ob die Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort verbessert und ob die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird, hat die mit der Entscheidung über die Genehmigung bzw. Ermächtigung der Zweigpraxis befaste Behörde (hier der Zulassungsausschuss, § 24 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV und der Beklagte) einen Beurteilungsspielraum (vgl. [BSGE 105, 10 = SozR 4-5520 § 24 Nr. 3](#), Rdnr. 53 f. und unlängst BSG Urteile vom 9. Februar 2011 Az.: [B 6 KA 3/10 R](#); Az.: [B 6 KA 7/10 R](#); Az.: [B 6 KA 12/10 R](#) und Az.: [B 6 KA 49/09 R](#)). Die Ausübung dieser Beurteilungsermächtigung ist nur eingeschränkt gerichtlich nachprüfbar. 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 (vgl. z. B. BSG, Urteil vom 8. Dezember 2010 - [B 6 KA 36/09 R](#) - Rdnr. 16 ff.). Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bei der Prüfung des Tatbestandsmerkmals "Verbesserung der Versorgung der Versicherten" eine Vielzahl von versorgungs- und regionalstrukturellen Aspekten zu berücksichtigen und in ihrem Zusammenspiel zu gewichten und gegeneinander abzuwägen. Dabei sind gegebenenfalls die Vor- und Nachteile der beabsichtigten Versorgung in der Zweigpraxis gegenüberzustellen und eine wertende Entscheidung darüber zu treffen, welche Gesichtspunkte letztlich ausschlaggebend sind. Die gerichtliche Überprüfung der Entscheidungen beschränkt sich darauf, ob die mit der Entscheidung betrauten Behörden den zugrunde liegenden Sachverhalt hinreichend aufgeklärt und zu den für maßgeblich gehaltenen Umständen ausreichende Ermittlungen angestellt haben und hieraus vertretbare Schlussfolgerungen abgeleitet haben (vgl. [BSGE 104, 116 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 7](#), Rdnr. 15 f.). Soweit diesen Anforderungen entsprochen worden ist, sind die Gerichte nicht berechtigt, ihre Entscheidung an die Stelle der angefochtenen Entscheidung zu setzen.

Eine "Verbesserung der Versorgung" i. S. des § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Ärzte-ZV durch die Genehmigung einer Zweigpraxis ist nach der genannten höchstrichterlichen Rechtsprechung im Falle von Unterversorgung stets als Versorgungsverbesserung anzusehen, während andererseits (in ausreichend versorgten Gebieten) das bloße Hinzutreten eines weiteren Behandlers - ungeachtet der damit verbundenen Erweiterung der Möglichkeiten der Arztwahl - noch keine Verbesserung der Versorgung darstellt, wie sich bereits unmittelbar aus dem Wortlaut des § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV erschließt. Bedarfsplanungsgesichtspunkte für den Ort der Zweigpraxis spielen dabei keine Rolle. Erforderlich, aber auch ausreichend ist es, dass das bestehende Leistungsangebot an dem "weiteren Ort", an dem die Zweigpraxis betrieben werden soll, zum Vorteil für die Versicherten in qualitativer - unter bestimmten Umständen aber auch in quantitativer - Hinsicht erweitert wird. Eine qualitative Versorgungsverbesserung kann dann gegeben sein, wenn der in der Zweigpraxis tätige Vertragsarzt im Vergleich zu den bereits vor Ort tätigen Ärzten über andere qualifikationsgebundene Genehmigungen nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) verfügt, ein differenzierteres Leistungsspektrum anbietet oder wenn er eine besondere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode anbietet, die z. B. besonders schonend ist oder bessere Diagnoseergebnisse liefert (so BSG a. a. O. Rdnr. 52; Urteil vom 9. Februar 2011 - [B 6 KA 49/09 R](#) -).

Eine lediglich quantitative Erweiterung des bestehenden Versorgungsangebots kommt etwa dann als Verbesserung i. S. des § 24 Abs. 3 Satz 1 (Zahn-)Ärzte-ZV in Betracht, wenn durch das erhöhte Leistungsangebot Wartezeiten verringert werden, die - z. B. wegen einer ungleichmäßigen Verteilung der Leistungserbringer im Planungsbereich - bei den bereits vor Ort niedergelassenen Ärzten bestehen. Als Versorgungsverbesserung können auch besondere organisatorische Maßnahmen angesehen werden, wie das Angebot von Abend- und Wochenendsprechstunden (BSG a. a. O.).

Die Entscheidung des beklagten Berufungsausschusses ist nach den aufgezeigten Maßstäben nicht zu beanstanden. Der Beklagte hat, wie das Sozialgericht im Ergebnis zutreffend festgestellt hat, beurteilungsfehlerfrei eine Verbesserung der Versorgung durch die geplante Zweigpraxis in NT. verneint. Dabei hat er im Rahmen der gebotenen Gesamtschau alle zu berücksichtigenden Umstände in seine Abwägung einbezogen und im Ergebnis vertretbar angenommen, dass die gegen eine Verbesserung sprechenden Aspekte überwiegen.

Nachdem die Klägerin mit ihrem Antrag auf Ermächtigung zur Führung einer KV-übergreifenden Zweigpraxis in NT. ausschließlich die Erbringung von reproduktionsmedizinischen Leistungen angeboten bzw. beabsichtigt hatte, beschränkt sich die Überprüfung des Tatbestandsmerkmals der "Verbesserung der Versorgung der Versicherten" auf diesen Tätigkeitsbereich der Gynäkologen, hierdurch ergäbe sich jedoch weder in qualitativer noch ausnahmsweise in quantitativer Hinsicht eine Versorgungsverbesserung. Nach den insoweit übereinstimmenden Auskünften der Landesärztekammer Hessen und der Beigeladenen zu 1), die von der Klägerin nicht substantiiert angegriffen wurden und daher von dem erkennenden Senat in tatsächlicher Hinsicht zu Grunde gelegt werden, bestand und besteht hinsichtlich dieses Leistungsspektrums in NT. bereits eine ausreichende medizinische Versorgung durch Frau Dr. med. QQ. bzw. durch das MVZ für Reproduktionsmedizin am Klinikum NT. GmbH, das sogar noch freie Kapazitäten hatte und demgemäß von den Patienten keine erheblichen Wartezeiten in Kauf genommen werden mussten. Die Klägerin hat im Vergleich zu dem Leistungsangebot des MVZ für Reproduktionsmedizin keine anderen, insbesondere keine qualitativ besseren Leistungen angeboten, insoweit ist es unerheblich dass sie diese Leistungen als Ärztin und nicht als Arzt und in einer anderen Rechtsform als das MVZ erbringen wollte. Dies hat das Sozialgericht bereits zutreffend ausgeführt, auf die diesbezüglichen Urteilsgründe wird daher verwiesen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Der Beklagte hat ferner zutreffend berücksichtigt, dass die Erbringung der hier infrage stehenden reproduktionsmedizinischen Leistungen der besonderen Genehmigung nach [§ 121a SGB V](#) bedarf, die in Hessen der Zuständigkeit der Landesärztekammer Hessen unterfällt ([§ 121a Abs. 4 SGB V](#) i. V. m. § 6b Hessisches Heilberufsgesetz - Gesetz über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten vom 7. Februar 2003, zuletzt geändert am 20. Dezember 2004, GVBl. I, S. 506 -). Der hiermit normierte Genehmigungsvorbehalt für die Erbringung reproduktionsmedizinischer Leistungen ist neben dem Wirtschaftlichkeitsgebot einer besonderen Bedarfsgerechtigkeit verpflichtet, die eine unter Versorgungsgesichtspunkten nicht erforderliche Zunahme der Zahl von Leistungserbringern und damit die Gefahr des Absinkens der Indikationsschwelle für künstliche Befruchtungen verhindern soll (vgl. [BT-Drucks. 11/6760](#), 16; BSG Beschluss vom 16. August 2009, Az.: [B 6 SF 1/00 R](#) = SozR 3-1500, § 51 Nr. 26; Becker in: Becker/Knickrem, SGB V, Kommentar, 2. Aufl. § 121a Rdnr. 5). Die Leistungsberechtigung nach [§ 121a SGB V](#) ist daher einem Versorgungsbedarf eigener Art unterworfen, der in der Gesetzesbegründung wie folgt umschrieben wird: "Das Erfordernis der Bedarfsgerechtigkeit soll einer Entwicklung vorbeugen, die durch immer mehr Leistungserbringer zu einem Absinken der Indikationsschwelle für künstliche Befruchtungen führt." Hinsichtlich dieser besonderen Bedarfsgerechtigkeit und der erwünschten Konzentration der Leistungserbringung auf ausgewählte Ärzte und Einrichtungen steht der Landesärztekammer Hessen ein gesonderter Ermessensspielraum zu. Da der Klägerin rechtlich zutreffend eine Genehmigung nach [§ 121a SGB V](#) versagt worden war (Urteil SG Marburg vom 8. Oktober 2008 (Az.: [S 12 KA 381/07](#)); Urteil HLSG vom 8. Juni 2011 ([L 4 KA 102/08](#)), und die Beklagte die Auffassung der Landesärztekammer Hessen in seiner Entscheidung bestätigt bzw. geteilt hat, kann es dahingestellt bleiben, ob, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Umfang der Beklagte an diese Entscheidung der Landesärztekammer Hessen im Einzelfall gebunden ist.

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 154 Abs. 1 Satz 1](#), [162 Abs. 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die endgültige Streitwertentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§§ 47](#), [52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (-GKG-, für Genehmigung/Ermächtigung zur Führung einer Zweigpraxis dreifacher Regelstreitwert, s. HLSG Beschluss vom 26. Januar 2009 L 4 KA 15/09 B -).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-10