

**L 9 KA 1/15 B ER**

Land  
Sachsen-Anhalt  
Sozialgericht  
LSG Sachsen-Anhalt  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung  
9  
1. Instanz  
SG Magdeburg (SAN)  
Aktenzeichen  
S 15 KA 140/14 ER

Datum  
19.12.2014  
2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen  
L 9 KA 1/15 B ER

Datum  
08.01.2015  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Beschluss

Der Beschluss des Sozialgerichts Magdeburg vom 19. Dezember 2014 wird aufgehoben.

Der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen den Beschluss des Antragsgegners vom 23. Juli 2014 wird abgelehnt.

Die Antragstellerin trägt die Kosten des Verfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu 1. bis 7.

Gründe:

I.

Streitig ist die Rechtmäßigkeit einer der Beigeladenen zu 8. erteilten Sonderbedarfszulassung.

Mit Schreiben vom 15. Februar 2014 beantragte die Beschwerdeführerin und Beigeladene zu 8. die Zulassung als Fachärztin für Allgemeinmedizin mit dem Ausnahmetatbestand "lokaler Versorgungsbedarf" für den Praxissitz in V. Zur Begründung wies sie darauf hin, dass in dieser Gemeinde rund 1.400 Einwohner lebten. Die ärztliche Versorgung in dem Ort und in der Umgebung sei in den letzten Jahren zunehmend schlechter geworden. Mehrere Kollegen hätten ihre Tätigkeit aufgegeben. Das MVZ (die Antragstellerin) mit einer dreistündigen Sprechstunde pro Woche könne die nötige hausärztliche Versorgung nicht absichern. Dies gelte umso mehr, als der für diese bisher tätige Dr. B. nunmehr 76 Jahre alt sei und in den Ruhestand gehe. Die Versorgung durch die Antragstellerin mit einem ständig wechselnden Ärztepool würde von den Bürgern vor Ort als sehr fragwürdig angesehen. Das Ausscheiden von weiteren Kollegen aus der Region drohe, was sie in ihrem Antrag näher ausführte. Der Bereich V. gehöre zum Planungsbereich O. Direkt in der Stadt O. seien mehr als 13 Allgemeinmediziner und praktische Ärzte niedergelassen. Die ländliche Verteilung sei jedoch deutlich spärlicher. Leider flössen Niederlassungszahlen aus der Stadt O. und dem O. Umland zusammen, weshalb dieser Planungsbereich gesperrt sei.

Mit Beschluss vom 23. April 2014 ließ der Zulassungsausschuss Sachsen-Anhalt für die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit die Beigeladene zu 8. als Fachärztin für Allgemeinmedizin mit dem Ausnahmetatbestand "lokaler Versorgungsbedarf" für den Praxissitz in V. zu. Zur Begründung wird ausgeführt, dass sich das Gebiet des Altkreises O. historisch in einen südlichen Teil mit O. als zentralen Punkt und einen nördlichen Teil gliedere. Dies zeige auch noch die Aufteilung im vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst. Jener nördliche Teil sei aufgrund seiner ländlichen Prägung als kritisch anzusehen. Hier bestehe ein lokaler Versorgungsbedarf (was näher begründet wird).

Gegen den ihr am 21. Mai 2014 zugestellten Beschluss hat die Antragstellerin Widerspruch erhoben und ausgeführt, die rechtswidrige Erteilung der Zulassung verletze ihre eigenen Rechte, da sie als MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung konkret am Praxisort V. teilnehme. Es liege kein lokaler Sonderbedarf vor, da sie selbst eine ausreichende Versorgung sicherstelle. Sie betreue regelmäßig etwa 820 Behandlungsfälle/Quartal. Die Einwohnerzahl von V. würde zwei Vollzulassungen nicht ermöglichen.

Mit Beschluss vom 23. Juli 2014 wies der Antragsgegner den Widerspruch zurück und ordnete außerdem die sofortige Vollziehung des Beschlusses an. Die Antragstellerin sei zwar zur Anfechtung berechtigt, allerdings sei der Beschluss des Zulassungsausschusses nicht zu beanstanden. Es bestehe ein lokaler Versorgungsbedarf in der angrenzenden Region.

Gegen den ihr am 12. November 2014 zugegangenen Beschluss hat die Antragstellerin am 21. November 2014 Klage beim Sozialgericht Magdeburg erhoben und am gleichen Tag einen Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gestellt. Sie hat ihre

Auffassung, dass die Voraussetzungen für die begehrte Sonderbedarfszulassung nicht vorlägen, weiter vertieft.

Mit Beschluss vom 19. Dezember 2014 hat das Sozialgericht dem Antrag stattgegeben und die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Beschluss des Antragsgegners vom 23. Juli 2014 angeordnet. Zur Begründung hat es ausgeführt: Der Beschluss sei offenbar rechtswidrig. Denn der Antragsgegner gehe davon aus, dass die Annahme eines lokalen Versorgungsbedarfs auch dann möglich sei, wenn in dem Ort der Niederlassung kein zusätzlicher Versorgungsbedarf bestehe, sondern nur in der abzugrenzenden Region. Dies überzeugte die Kammer nicht.

Hiergegen haben die Beigeladene zu 8. am 2. Januar 2015 und der Antragsgegner Beschwerde erhoben. Wegen der inhaltlichen Begründung wird auf die Akten verwiesen.

Die Beigeladene zu 8. und der Antragsgegner beantragen,

den Beschluss des Sozialgerichts aufzuheben und den Antrag abzulehnen.

Die übrigen Beteiligten haben sich noch nicht geäußert.

II.

I. Die Beschwerden der Beigeladenen zu 8. und des Antragsgegners sind gem. [§§ 172](#) ff. Sozialgerichtsgesetz -SGG- statthaft und auch sonst zulässig.

Die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes zugunsten der Antragstellerin richtet sich hier nach [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#), da ihr Widerspruch gegen die Sonderbedarfszulassung aufschiebende Wirkung hatte. Um den durch die Erhebung des Widerspruchs und Klage eingetretenen Suspensiveffekt zu beseitigen, war daher die Anordnung der sofortigen Vollziehung durch den Antragsgegner erforderlich. Diese Anordnung hat das Sozialgericht aufgehoben. Mit ihrer Beschwerde begehren die Beigeladene zu 8. und der Antragsgegner die Aufhebung des sozialgerichtlichen Beschlusses, wodurch die vom Antragsgegner angeordnete sofortige Vollziehung seines Beschlusses vom 23. Juli 2014 wiederhergestellt würde ([§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGG](#)).

II. Die Beschwerden sind begründet. Nach summarischer Prüfung erweist sich das Hauptsachebegehren der Antragstellerin als erfolglos.

Die Berechtigung (im Sinne einer Beschwerde) und ein Rechtsschutzbedürfnis der Antragstellerin sind gegeben. Diesbezüglich verweist der Senat auf die Ausführungen in dem angefochtenen Beschluss des Antragsgegners sowie das dort zitierte Urteil des Bundessozialgerichts (17.10.2012, [B 6 KA 41/11 R](#)).

Der Beschluss des Antragsgegners vom 23. Juli 2014 ist formell und materiell rechtmäßig (nachfolgend 1.). Die Anordnung der sofortigen Vollziehung wird von einem besonderen öffentlichen Interesse gedeckt, das der Antragsgegner auch hinreichend schriftlich begründet hat (nachfolgend 2.).

1. Der in der Hauptsache angefochtene Beschluss vom 23. Juli 2014 ist offenkundig rechtmäßig. Gegenläufige Partikularinteressen der Antragstellerin führen zu keinem anderen Ergebnis. Somit ist auch die Anordnung der sofortigen Vollziehung des Beschlusses durch den Antragsgegner rechtmäßig.

Nach [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, auf Antrag die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen. Diese Anordnungsbefugnis besteht nicht nur dann, wenn von Gesetzes wegen die aufschiebende Wirkung von Widerspruch oder Anfechtungsklage entfällt ([§ 86a Abs. 2 Nr. 1 bis 4 SGG](#)), sondern auch dann, wenn eine Behörde die sofortige Vollziehbarkeit des Verwaltungsakts angeordnet hat ([§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) und [§ 97 Abs. 4](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung [SGB V]). Die Anordnungsbefugnis des Gerichts umfasst daher auch die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung, die in [§ 86b Abs. 1 Satz 3 SGG](#) eigens erwähnt wird (LSG Nordrhein-Westfalen, 25.10.2006 - [L 10 B 15/06 KA ER](#); LSG Schleswig-Holstein, 03.08.2006 - L 4 B 269/04 KA ER - jeweils juris).

[§ 86b Abs. 1 SGG](#) bestimmt im Gegensatz zu [§ 86b Abs. 2 SGG](#) keine Voraussetzungen für den Erfolg des Eilantrags. Demzufolge ist zu klären, welcher Maßstab für die richterliche Eilentscheidung entscheidend ist (Krodel, Das sozialgerichtliche Eilverfahren, 3. Auflage, 2011, B Rdn. 185). Hierzu werden unterschiedliche Auffassungen vertreten (Nachweise bei Frehse in: Jansen, a.a.O., § 86b Rdn. 34). Nach Auffassung des Senats sind die öffentlichen und privaten Interessen abzuwägen (vgl. auch Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O., § 86b Rdn. 12e ff.; Frehse, a.a.O., § 86b Rdn. 34 ff.). Dabei steht eine Prüfung der Erfolgsaussichten zunächst im Vordergrund. Auch wenn das Gesetz keine materiellen Kriterien für die Entscheidung nennt, kann als Richtschnur für die Entscheidung davon ausgegangen werden, dass das Gericht dann die aufschiebende Wirkung wiederherstellt, wenn der angefochtene Verwaltungsakt offenbar rechtswidrig ist und der Betroffene durch ihn in subjektiven Rechten verletzt wird. Am Vollzug eines offensichtlich rechtswidrigen Verwaltungsaktes besteht kein öffentliches Interesse (Kummer, SGB 2001, 705, 714 m.w.N.). Andererseits liegt ein überwiegendes öffentliches Interesse dann vor, wenn der angefochtene Verwaltungsakt ersichtlich rechtmäßig ist (vgl. auch Begründung zum 6. SGG-ÄndG [BT-Drs. 14/5943](#) zu Nr. 34). Sind die Erfolgsaussichten nicht offensichtlich, müssen die für und gegen eine sofortige Vollziehung sprechenden Gesichtspunkte gegeneinander abgewogen werden.

Mit der Anordnung der sofortigen Vollziehung hat der Antragsgegner dem Umstand Rechnung getragen, dass die Erfolgsaussichten im Klageverfahren für die Antragstellerin nur sehr gering sind. Nach Aktenlage ist gegenwärtig ganz überwiegend wahrscheinlich, dass ein lokaler Versorgungsbedarf vorliegt.

Die Beigeladene zu 8. hat einen Anspruch auf Sonderbedarfszulassung gemäß [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#). Nach [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Bestimmungen über Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind, um einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe zu decken. Diesem Auftrag ist der

Gemeinsame Bundesausschuss mit der Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie - BedarfspIRL) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT v. 31.12.2012), in Kraft getreten am 1. Januar 2013, zuletzt geändert am 17.07.2014 BAnz AT B4, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT v. 29.09.2014), in Kraft getreten am 30.09.2014, nachgekommen.

Maßgeblich hat der Antragsgegner sich hier auf § 36 dieser Richtlinie gestützt. Dieser lautet:

"§ 36 Zulassungstatbestände für lokalen und qualifikationsbezogenen Sonderbedarf (1) Unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss darf der Zulassungsausschuss dem Zulassungsantrag eines Arztes der betreffenden Arztgruppe auf Sonderbedarf nach Prüfung entsprechen, wenn die nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind und die ausnahmsweise Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes unerlässlich ist, um die vertragsärztliche Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten und dabei einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken. Sonderbedarf ist als zusätzlicher Versorgungsbedarf für eine lokale Versorgungssituation oder als qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf festzustellen (§ 101 Absatz Nummer SGB V). Die Feststellung dieses Sonderbedarfs bedeutet die ausnahmsweise Zulassung eines zusätzlichen Vertragsarztes in einem Planungsbereich trotz Zulassungsbeschränkungen.

(2) Die Zulassung aufgrund eines lokalen oder qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarfs ist an den Ort der Niederlassung gebunden.

(3) Bei der Feststellung von Sonderbedarf sind folgende Mindestbedingungen zu beachten:

1. Abgrenzung einer Region, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll und Bewertung der Versorgungslage (Feststellung einer unzureichenden Versorgungslage).
2. Der Ort der Niederlassung muss für die beantragte Versorgung geeignet sein (Erreichbarkeit, Stabilität u.a.): Der Ort der Niederlassung muss strukturelle Mindestbedingungen erfüllen; der Einzugsbereich muss über eine ausreichende Anzahl an Patienten verfügen; dabei sind die Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.

(4) Der Zulassungsausschuss hat bei der Ermittlung aller entscheidungsrelevanten Tatsachen eine umfassende Ermittlungspflicht. Die Feststellung soll der Zulassungsausschuss auch unter Zuhilfenahme von geografischen Informationen, die die räumlichen Interaktionen zwischen Ärzten und Patienten abbilden, treffen. Ein lokaler oder qualifikationsbezogener Sonderbedarf setzt voraus, dass aufgrund von durch den Zulassungsausschuss festzustellenden Besonderheiten des maßgeblichen Planungsbereichs (z.B. in Struktur, Zuschnitt, Lage, Infrastruktur, geografische Besonderheiten, Verkehrsanbindung, Verteilung der niedergelassenen Ärzte), ein zumutbarer Zugang der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung nicht gewährleistet ist und aufgrund dessen Versorgungsdefizite bestehen. Bei der Beurteilung ist den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsebenen der §§ 11 bis 14 Rechnung zu tragen.

(5) Die Sonderbedarfszulassung setzt ferner voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen."

a) In diesem Zusammenhang ist zuerst zu berücksichtigen, dass bei der Feststellung eines besonderen Versorgungsbedarfes den Zulassungsgremien ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zusteht (vgl. BSG, 2.9.2009 - [B 6 KA 21/08 R](#) - SozR 4-2500 § 101 Nr. 6 = juris Rdnr. 15; BSG, v. 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - juris Rn. 34 - [BSGE 86, 242](#) = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#) jeweils m.w.N.). Ungeachtet der umstrittenen Frage, welche Sprechstundenzeiten von der Antragstellerin konkret in V. angeboten werden und ob diese unter Umständen im Laufe der Zeit mehrfach gewechselt haben (was praktisch die Versorgung der Patienten weiter erschwert), ist es zumindest nicht fernliegend, dass durch diese Öffnungszeiten, die unter Umständen noch nicht einmal der einer Vollzeitstelle entsprechen oder auch nur knapp entsprechen, eine ausreichende Versorgung noch nicht gesichert ist. Dies könnte durch die kritischen Stellungnahmen von Ärzten und Einwohnern von V. bestätigt worden sein. Auffällig ist für den Senat, dass in den Stellungnahmen der Ärzte mehrfach das MVZ angesprochen wird. Hier geht der Senat davon aus, dass es sich um die von der Antragstellerin geführte Einrichtung handelt. Ausdrücklich wird in einer Stellungnahme von vier Ärzten ausgeführt, man würde sich freuen, wenn ein Hausarzt nach V. komme. Es wäre jedoch nicht sinnvoll, zusätzlich zum MVZ E. eine zweite Hausarztstelle zu schaffen. Man bitte darum, diese Stelle nicht an einen angestellten Arzt des MVZ E. zu vergeben, da die Erfahrung gemacht worden sei, dass die Versorgung in diesem Bereich nicht gesichert sei. Ein anderer Arzt aus H. hat ausgeführt, ein Bedarf sei vorhanden. Er erteile jedoch keine Zustimmung, soweit es sich um das MVZ handle. Ähnlich war die Stellungnahme einer Berufsausübungsgemeinschaft von vier Ärzten in O. Damit korrespondiert es, wenn sich im Rahmen des Zulassungsverfahrens mehrere Personen an den Antragsgegner gewandt haben und auf einen dringenden Versorgungsbedarf hingewiesen haben.

Demgegenüber misst der Senat den von der Antragstellerin vorgelegten Schreiben ihrer Patienten keine entscheidende Bedeutung bei. Denn es ist es naheliegend, dass diese Stellungnahme von den Patienten bei Vorliegen eines Behandlungsbedarfes aufgrund eines aktuellen Krankheitsgeschehens in der Niederlassung der Antragstellerin in V. abgefordert wurde. Es ist Aufgabe des Antragsgegners, diese einzelnen Stellungnahmen zu bewerten; hierbei hat er einen großen Beurteilungsspielraum.

b) Letztlich kann dies aber offen bleiben. Der lokalen ärztlichen Versorgungslage am Vertragsarztsitz kommt hier keine besondere Bedeutung zu. Soweit nach der Neufassung der BedarfspIRL der Begriff des "lokalen Versorgungsbedarfs" nicht weiter an die Bezugsmerkmale "in Teilen eines großstädtischen Planungsbereichs oder eines großräumigen Landkreises" gekoppelt wird, ist dies ohne Folgerungen, da bereits bisher potentiell jeder Landkreis darunter fallen konnte und maßgeblich auf die Erreichbarkeit ärztlicher Leistungen abzustellen war (s. Pawlita in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, [§ 101 SGB V](#), Rn. 104 ff. und 110 ff.).

Der lokale Sonderbedarf muss weiterhin nach dem Kontext des § 36 BedarfspIRL in einem Teil des großräumigen Planungsbereiches bestehen; der Wortlaut des § 36 Abs. 3 BedarfspIRL stellt hier auf die "Region, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll", ab. Damit differenziert er deutlich zwischen dem Ort der Niederlassung (hier V.) und der Region, für die der Sonderbedarf festgestellt wird. Auch im Übrigen würde es keinen Sinn geben, wie in Absatz 4 nach "Struktur, Zuschnitt, Lage, Infrastruktur, geografische Besonderheiten, Verkehrsanbindung" zu differenzieren, wenn maßgeblich allein der Ort der Niederlassung wäre. Auch Abs. 3 Nr. 2 stellt

ausdrücklich auf den "Einzugsbereich" ab und damit ebenfalls nicht auf den Vertragsarztsitz. Das Bundessozialgericht berücksichtigt in seiner Rechtsprechung nicht nur die reine Entfernung, sondern darüber hinaus auch die lokalen Verkehrsbedingungen und sonstigen Besonderheiten (vgl. BSG, 23.6.2010 - [B 6 KA 22/09 R](#)- SozR 4-2500 § 101 Nr. 8, SozR 4-2500 § 92 Nr. 10 Rn. 17 ff). In besonders gelagerten Fällen ist es sogar zulässig, die an den untersuchten räumlichen Bereich angrenzenden Gebiete in die Überlegungen mit einbeziehen (vgl. BSG 28.6.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - juris Rn. 36 - [BSGE 86, 242](#) = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#); LSG Sachsen 26.05.2005 - [L 1 B 31/05 KA-ER](#) - juris Rn. 18; LSG Nordrhein-Westfalen, 25.04.2007 - [L 10 KA 48/06](#) - juris Rn. 46). Es ist nicht nachvollziehbar, warum hier zuerst geprüft werden sollte, ob am Vertragsarztsitz ein lokaler Sonderbedarf besteht und anschließend ein weiteres Mal zu untersuchen wäre, ob in der Region ein lokaler Sonderbedarf besteht. Für eine solche doppelte Prüfung gibt es weder im Wortlaut des § 36 BedarfspIRL noch nach dessen Sinn und Zweck einen Anhaltspunkt. Im Gegenteil ist nur eine einheitliche Prüfung in der Region gefordert und geboten.

Wie der Antragsgegner in der Beschwerde darlegt, ist das Versorgungsgebiet des Vertragsarztes auch nicht auf die Gemeinde beschränkt. Dies wird auch in der BedarfspIRL deutlich. Schon nach dem Wortlaut des § 36 Abs. 4 BedarfspIRL ist "bei der Beurteilung [ ] den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsebenen der §§ 11 bis 14 Rechnung zu tragen". Insbesondere bei der spezialisierten fachärztlichen Versorgung und der gesonderten fachärztliche Versorgung ist der Bereich, den der niedergelassene Arzt zu versorgen hat, aber weitaus größer als die Gemeinde, in der er seinen Vertragsarztsitz hat. Es gibt auch keinen Sinn, bei einer Sitzverlagerung der Beigeladenen zu 8. um 2 km in eine kleine Nachbargemeinde ohne Arzt von einem anderen Sachverhalt auszugehen. Für eine solche kleinteilige Planung ist die hier zu beurteilende Region zu dünn besiedelt; eine solche Betrachtungsweise schließt § 36 BedarfspIRL ersichtlich sogar aus.

Überzeugend legt der Antragsgegner mit seiner Beschwerde auch dar, dass der Ausdruck "Vertragsarztsitz" in § 24 der Zulassungsverordnung der Vertragsärzte, Vertragszahnärzte, medizinische Versorgungszentren, Psychotherapeuten (Ärzte-ZV) legaldefiniert ist. Dieser ist nicht identisch mit dem Gemeindegebiet, in dem sich der Vertragsarztsitz befindet. Damit gibt es eine gesetzliche Regelung, die auf die Versorgung am Sitz des Vertragsarztes abstellt. Nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 2 Ärzte-ZV i.V.m. [§ 98 Abs. 2 Nr. 13 SGB V](#) wird auf die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes abgestellt, wenn die Zulassung einer Zweigpraxis beantragt wird. Soweit bietet sich für den vorliegenden Fall ein Umkehrschluss an.

Für diese Region hat der Antragsgegner rechtsfehlerfrei einen Sonderbedarf festgestellt. Überzeugend legt er zunächst dar, dass die festgestellte Überversorgung im Planungsbereich O. nicht zum Ausschluss der Sonderbedarfszulassung führt. Diese komme überhaupt erst dann in Betracht, wenn der Planungsbereich wegen Überversorgung für Neuzulassungen gesperrt sei. Wenn die Überversorgung einen Sonderbedarf ausschließt, gebe es keinen Raum für eine Sonderbedarfszulassung. Dem schließt sich der Senat an.

Es kann in dem Zusammenhang auch nicht auf Dorf- oder Stadtgrenzen ankommen. Maßgeblich für die Versorgung ist - wie in § 36 Abs. 3 Nr. 2 BedarfspIRL ausdrücklich benannt und oben auch näher ausgeführt - die tatsächliche Erreichbarkeit der Ärzte durch die Patienten. Hierzu hat der Antragsgegner in dem angefochtenen Beschluss sehr ausführlich Stellung genommen und dargelegt, dass die Erreichbarkeit von O. für die Regionen mit lokalem Sonderbedarf teilweise aufgrund der schlechten Verkehrsanbindung unzumutbar ist. Von bestimmten Dörfern aus kann der Versicherte wohl lediglich wählen, ob er vor Ort beim Arzt drei Stunden warten will, bis die Praxis öffnet oder ob er eine mehrstündige Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln in Kauf nimmt. Beides erscheint nicht zumutbar. Dem Versorgungsanspruch der Versicherten ist aber nicht schon dann Genüge getan, wenn deren überwiegende Anzahl ihn realisieren kann. Vielmehr steht der Versorgungsanspruch jedem einzelnen Versicherten zu (vgl. BSG, 23.6.2010 - [B 6 KA 22/09 R](#) - a.a.O., juris Rdnr. 26-28).

In diesem Zusammenhang hat das BSG ausgeführt, Patienten dürften bei allgemeinen Leistungen nicht auf Versorgungsangebote verwiesen werden, die mehr als 25 km entfernt sind und hat nur für so genannte spezialisierte Leistungen eine Ausnahme zugelassen. Jene Entscheidung betraf jedoch einen umstrittenen Sonderbedarf für analytische Psychotherapie (BSG, 23.6.2010 - [B 6 KA 22/09 R](#)- SozR 4-2500 § 101 Nr. 8, SozR 4-2500 § 92 Nr. 10). Hier ist nach dem klaren Wortlaut des § 36 Abs. 4 BedarfspIRL für die hausärztliche Versorgung ein noch geringerer Maßstab anzulegen. Denn "bei der Beurteilung ist den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsebenen der §§ 11 bis 14 Rechnung zu tragen." Diese genannten Vorschriften differenzieren jedoch nach der Art der ärztlichen Versorgung (§ 11 Hausärztliche Versorgung; § 12 Allgemeine fachärztliche Versorgung; § 13 Spezialisierte fachärztliche Versorgung; § 14 Gesonderte fachärztliche Versorgung). Die Entfernung zwischen V. und O. beträgt rund 23,9 km. Dies ist weniger als jene 25 km, die das BSG als Entfernung genannt hat. Insoweit ist es nach Aktenlage ohne weiteres nachvollziehbar, dass trotz der Überversorgung in O. in anderen Teilen dieser Region ein lokaler Sonderbedarf besteht.

Zur Ermittlung der Bedarfssituation ist es der Regel sachgerecht und statthaft, die bereits niedergelassenen Ärzte nach ihrem Leistungsangebot und der Aufnahmekapazität ihrer Praxen zu befragen. Diese Befragung hat sich grundsätzlich auf die gesamte Breite eines medizinischen Versorgungsbereichs und nicht nur auf einzelne spezielle Leistungen zu beziehen. Die Angaben der Ärzte sind aber als potentielle künftige Konkurrenten des Bewerbers um einen zusätzlichen Praxissitz nicht ohne weiteres als Entscheidungsgrundlage geeignet, sondern müssen sorgfältig ausgewertet, soweit möglich durch weitere Ermittlungen ergänzt und so objektiviert werden. Hierfür ist es erforderlich, etwa die Anzahlstatistiken der in Frage kommenden Vertragsärzte beizuziehen, um festzustellen, inwieweit im Bereich des streitigen Sonderbedarfs von diesen Ärzten Leistungen erbracht werden (vgl. BSG, 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - juris Rn. 36 u. 38 - [BSGE 86, 242](#) = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#); LSG Nordrhein-Westfalen v. 14.07.2004 - [L 11 KA 21/04](#) - juris Rn. 18 - [GesR 2004, 526](#); LSG Nordrhein-Westfalen v. 28.02.2007 - [L 11 KA 82/06](#) - juris Rn. 21).

Von (ohne die Beigeladene zu 8) 32 niedergelassenen hausärztlich tätigen Medizinem im Planungsbereich O. haben 23 eine positive Stellungnahme bezogen auf die Sonderbedarfszulassung abgegeben. Dies ist beeindruckend, da sie in der Beigeladenen zu 8. eine Konkurrentin sehen können und damit wirtschaftlich gesehen eher zu einer negativen Stellungnahme neigen müssten.

Lediglich eine Stellungnahme eines Kinderarztes in O. ist ambivalent: Zwar weist er darauf hin, dass O. überversorgt sei. Gleichzeitig führt er aber aus, dass die Versorgung mit einer Zweigstelle verbessert werden könne. Damit sieht er auch offenbar noch einen weiteren Bedarf.

Der Antragsgegner belässt es jedoch zu Recht nicht bei einer solchen "Meinungsumfrage". In dem Beschluss des Zulassungsausschusses werden konkret die Städte und Gemeinden aufgezählt, die von der Beigeladenen zu 8. versorgt werden könnten und diesbezüglich auch konkret und ausführlich die jeweilige hausärztliche Versorgung für diese Orte festgestellt. Auch in dem Beschluss des Antragsgegners

werden die einzelnen Orte, in denen die Beigeladene zu 8. tätig werden möchte, detailliert aufgeführt und einer kritischen Prüfung unterzogen. Nachvollziehbar werden bestimmte Gemeinden in die weitere Überlegung nicht mehr einbezogen, weil sie zu anderen Planungsbereichen gehören bzw. weil in diesen Gemeinden die hausärztliche Versorgung sichergestellt ist. Insoweit sind die Ausführungen des Sozialgerichts, es hätte für jeden der Orte der abgegrenzten Region besonders geprüft werden müssen, welche Versorgungsangebote in einem Umkreis von 25 km liegen und inwieweit diese den Bedarf der Einwohner des Ortes decken können, nicht nachvollziehbar.

Überzeugend weist der Antragsgegner anschließend darauf hin, dass fast alle Hausärzte im Planungsbereich O. bereits mit ihren Fallzahlen über dem Fachgruppendurchschnitt lägen. Schlüssig und nachvollziehbar wird in dem angefochtenen Beschluss weiter ausgeführt, dass die Durchschnittsfallzahl in der Nebenbetriebsstätte der Antragstellerin in V. ungefähr um 1/3 hinter den Durchschnittsfallzahlen der niedergelassenen Allgemeinmediziner in Sachsen-Anhalt zurückbleibt. Ebenfalls schlüssig und überzeugend ist die Überlegung in dem angefochtenen Beschluss, dass die Hausärzte in W. konstant sehr weit oberhalb des Durchschnitts der in Sachsen-Anhalt tätigen Ärzte lägen und dies einen Versorgungsbedarf zusätzlich indiziere. Ebenfalls schlüssig legt der angefochtene Beschluss insgesamt fünf Versorgungsaufträge zu Grunde, mit dem in der Region rund 11.300 Einwohner versorgt würden. Damit ergebe sich ein Arzt/Einwohner-Verhältnis von 1 zu 2.266, was deutlich oberhalb der angepassten Verhältniszahl im Planungsbereich O. bei Hausärzten von 1.627 liege. Hinzu komme, dass in den fünf Versorgungsaufträgen drei Nebenbetriebsstätten enthalten seien, die einer Vollzeitstelle nicht ohne weiteres vergleichbar seien. Diese Ausführungen lassen keine relevanten Fehler erkennen, sondern sind schlüssig und nachvollziehbar.

Weiter hält es der Senat in dem vorliegen Sachverhalt bei vorläufiger Würdigung für vertretbar, zukünftige Entwicklungen zu berücksichtigen. Es gehört zum Aufgabenbereich des Antragsgegners, in diesem Zusammenhang auch Prognoseentscheidungen vorzunehmen. In dem angefochtenen Beschluss vom 23. Juli 2014 wird auch weiterhin berücksichtigt, dass eine Ärztin in W. angekündigt hat, ihre vertragsärztliche Tätigkeit zum 31. August 2014 aufzugeben. Die Ausschreibung des Vertragsarztsitzes sei nicht beantragt, so dass ein weiterer Versorgungsauftrag von 0,5 im relevanten Gebiet weg falle. Denn eine solche Entwicklung war hier sicher vorhersehbar und stand kurz bevor.

Schließlich verfügten die Zulassungsgremien auch bei der Konkretisierung und Anwendung der Tatbestandsmerkmale - "lokaler Versorgungsbedarf" in einem "Teil" eines "großstädtischen Planungsbereichs oder eines großräumigen Landkreises" - nach der BedarfspIRL a.F. über einen Beurteilungsspielraum (vgl. BSG, 23.6.2010 - [B 6 KA 22/09 R](#) - SozR 4-2500 § 101 Nr. 8 = juris Rdnr. 15). Es gibt keinen Hinweis, dass dies heute nicht mehr gelten würde. Soweit die Antragstellerin darauf hinweist, die Einwohnerzahl von V. ließe die Zulassung eines zweiten Allgemeinmediziners als Vertragsarzt nicht zu, geht dies an der Argumentation des Antragsgegners vorbei. Denn diese berücksichtigt rechtsfehlerfrei nicht nur den Bedarf in V. selbst, sondern auch in den umliegenden Gemeinden.

Der Begriff "dauerhaft" unterliegt gleichfalls dem Beurteilungsspielraum der Zulassungsgremien. Es handelt sich um eine Prognose, ob das Versorgungsdefizit mehr als nur vorübergehend ist. Die Sonderbedarfszulassung dient dem Ziel, auch im Einzelfall sicherzustellen, dass angeordnete Zulassungssperren nicht unverhältnismäßig - weil in der konkreten örtlichen Situation zur Erreichung ihres Zieles nicht erforderlich - die Berufsausübung beschränken (vgl. BSG, 28.6.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - BSGE 86, 242 = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#), juris Rn. 31). Auch hier sind relevante Beurteilungsfehler nicht ersichtlich.

2) Der Senat hält es für gerechtfertigt, in die Interessenabwägung die Patienteninteressen der in der Praxis der Beigeladenen zu 8. behandelten Versicherten nicht nur einzubeziehen, sondern diesen auch ein maßgebliches Gewicht im Hinblick auf die vorläufige Fortführung der Praxis beizumessen. Sie sind insbesondere in der hausärztlichen Versorgung auf zuverlässige und stabile Versorgungsstrukturen dauerhaft angewiesen. Aus dieser Abhängigkeit resultiert nicht zuletzt ein besonderes Vertrauen in die behandelnden Ärzte und deren Praxispersonal. Der Senat hält es aus diesen Gründen nicht für zumutbar, die Patienten aus der Praxis der Beigeladenen zu 8. - gegebenenfalls nur vorübergehend - auf andere Praxen zu verweisen, zumal hier der Antragsgegner wohl rechtmäßig einen besonderen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat. Es erscheint geboten, die Versicherten weiterhin zu behandeln. Dass sie im Falle eines etwaigen Unterliegens der Beigeladenen zu 8. doch eine andere Praxis in Anspruch nehmen müssten und damit auch ihnen ein Behandlerwechsel letztlich nicht gänzlich unzumutbar ist, steht dem nicht entgegen. Ein Wechsel der Praxis, der sich im Nachhinein aber möglicherweise als unnötig erweisen könnte, würde die Kontinuität des Behandlungsverlaufs erheblich beeinträchtigen und ist deshalb kranken Versicherten nicht zumutbar.

Für die Aufrechterhaltung des Praxisbetriebes der Beigeladenen zu 8. spricht aber auch deren persönliches berechtigtes Bestandsschutzinteresse. Sie hat im Beschwerdeverfahren dargelegt, dass sie umfangreich Patienten behandelt. Es liegt auf der Hand, dass auch eine vorläufige Einstellung des Praxisbetriebes zur Entlassung des Personals und zu einer völlig unwirtschaftlichen Belastung mit den Unterhaltungskosten einer nicht nutzbaren Praxiseinrichtung führen würde. Ohne die Genehmigung zur vorläufigen Fortsetzung des Praxisbetriebes würde daher eine Vorwegnahme der Hauptsache im Sinne eines Unterliegens der Beigeladenen zu 8. eintreten. Eine Weiterführung des Praxisbetriebes nach einer gegebenenfalls mehrjährigen Unterbrechung dürfte sehr schwer sein. Ein endgültiger Verlust des durch [Art. 12 GG](#) gesicherten Rechts an der Aufrechterhaltung der Praxis ist im Hinblick auf die sehr guten Erfolgsaussichten der Beigeladenen zu 8. nicht hinnehmbar.

Die Antragstellerin hat zwar durch die zusätzliche Konkurrenz ebenfalls wirtschaftliche Nachteile zu befürchten. Diese wiegen jedoch weniger schwer. Denn sie selbst hat betont, dass sie die Ärzte und deren Mitarbeiter an den verschiedenen Standorten des MVZ flexibel einsetzt. Es liegt auch nahe, dass sie die Sprechstundenzeiten den lokalen Bedarf im gewissen Maße angepasst. Dies sind mögliche Ausweichreaktionen, zu denen die Beigeladene zu 8. faktisch nicht in der Lage ist.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf der entsprechenden Anwendung von [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 und Abs. 3](#), [§ 162 Abs. 3 VwGO](#).

Dieser Beschluss ist unanfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2016-01-15