

S 12 KA 283/09

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
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
Gerichtsbescheid
Leitsätze

Eine „qualifizierte Versorgungsverbesserung“ i.S. des § 24 Ärzte-ZV (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.2009 - [B 6 KA 42/08 R](#) – juris) liegt nicht bereits dann vor, wenn die gleichen Leistungen – hier: spezielle gynäkologische Leistungen gemäß [§ 121a SGB V](#) - am Standort der Zweigpraxis von einem anderen Leistungserbringer bei freien Kapazitäten ebf. angeboten werden. Die Behauptung einer Gynäkologin, der die Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach [§ 121a SGB V](#) erteilt wurde, sie gewährleiste die persönliche Betreuung durch einen weiblichen Arzt, stellt kein solches spezifisches Versorgungskonzept dar.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die Gerichtskosten und die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Beklagten zu tragen. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

3. Der Streitwert wird auf 15.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Genehmigung einer Zweigpraxis in AAA. bei einem Praxissitz in A-Stadt.

Die 1959 geb. und jetzt 51-jährige 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, A. zugelassen. Im Jahr 1999 wurde ihr von der Ärztekammer A. die Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach [§ 121a SGB V](#) erteilt.

Die Klägerin beantragte am 28.05.2007 die Ermächtigung zur Führung einer KV-bereichsübergreifenden Zweigpraxis, da sie zahlreiche Patientinnen auch aus dieser Region aufsuchten. Den Antrag begründete sie weiter mit Schriftsätzen ihrer Prozessbevollmächtigten vom 05.09.2007, 07.09., 14.09., 27.09. und 26.10.2007.

Die KV A. teilte unter Datum vom 15.08.2007 mit, aus ihrer Sicht werde die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Sitzes der Klägerin durch die beabsichtigte Zweigpraxis nicht beeinträchtigt.

Der Zulassungsausschuss A-Stadt für die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit teilte unter Datum vom 31.08.2008 mit, es bestünden keine Bedenken gegen die Errichtung der Zweigpraxis in AAA ...

Die Landesärztekammer Hessen teilte dem Zulassungsausschuss unter Datum vom 11.09.2007 mit, sie stehe dem Antrag ablehnend gegenüber, weil nicht erkennbar werde, dass die Versorgung in AAA. verbessert werde und gleichzeitig die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten in A-Stadt sichergestellt sei. Für die Erbringung von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen bestehe in AAA. 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 AAA. sei nicht dargelegt worden.

Die Beigeladene zu 1) wies unter Datum vom 30.10.2007 auf die Überversorgung des Planungsbereichs "AAA.-Stadt" in Höhe von 131,76 % für Gynäkologen hin. Nach Prüfung der versorgungsrelevanten Kriterien sei von einer guten gynäkologischen Versorgung in AAA. auszugehen. Seit dem 01.07.2006 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 Behandler zu einem Rückgang des Gesamtvolumens der Behandlungszyklen pro Zentrum, wobei jedoch ein statistischer Zusammenhang zwischen steigender 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.

Hiergegen legte die Klägerin am 27.12.2009 Widerspruch ein, den sie weiter mit Schriftsätzen ihrer Prozessbevollmächtigten vom 26.03., 29.08., 15.09.2008, 16.02., 10.03.2009 begründete.

Die Beigeladene zu 1) nahm zum Widerspruch unter Datum vom 11.09.2008 und 09.03.2009 Stellung. Ferner nahm das vom Beklagten beigeladenen MVZ für Reproduktionsmedizin am Klinikum AAA. mit Schriftsätzen ihrer Prozessbevollmächtigten vom 30.12.2008, 05.01., 12.02. und 05.03.2009 und die ebf. beigeladene Landesärztekammer Hessen mit Schriftsatz vom 06.03.2009 Stellung.

Der Beklagte wies mit Beschluss vom 11.03.2009, ausgefertigt am 09.04.2009 und der Klägerin am 11.04.2009 zugestellt, den Widerspruch als unbegründet zurück. In den Beschlussgründen führte er aus, er gehe davon aus, dass die Klägerin eine Genehmigung der Landesärztekammer Hessen nach [§ 121a SGB V](#) benötige. Hierauf komme es jedoch nicht an, da Voraussetzung hierfür die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung sei. Aus diesem Grund sei zunächst über die Erteilung einer Ermächtigung zur Einrichtung einer Zweigpraxis zu entscheiden, die ggf. mit dem Vorbehalt einer weiteren Genehmigung gem. [§ 121a SGB V](#) zu versehen wäre. Nach der Stellungnahme des Zulassungsausschusses A-Stadt/A. sei von einer ordnungsgemäßen Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes auszugehen. Es komme deshalb nur noch auf die Prüfung der Verbesserung der Versorgung an. Hierzu gäbe es unterschiedliche Rechtsauffassungen. Welcher Auffassung letztlich zu folgen sei, könne dahin gestellt bleiben, da auch nach den mehr vermittelnden Auffassungen eine Genehmigung nicht in Betracht komme. Auf die Frage der Überversorgung komme es im Hinblick auf die Spezialität der strittigen Leistungen nicht an. Es sei mithin zu prüfen, ob unter Zugrundelegung einer an Bedarfsplanung zu rechtlichen Grundsätzen angelehnten Betrachtung im Planungsbereich AAA. Anlass zu Erteilung einer Ermächtigung bzw. einer Sonderbedarfszulassung im Bereich reproduktionsmedizinischer Leistungen gegeben sei. Nach der Stellungnahme der Beigeladenen zu 1) vom 09.03.2009 sei die Auslastung des MVZ AAA. 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.

Hiergegen hat die Klägerin am 11.05.2009 die Klage erhoben.

Sie trägt vor, sie habe sich bereits seit 2001 um eine Genehmigung der Landesärztekammer Hessen bemüht. Die Genehmigung für das MVZ in AAA. sei noch nicht bestandskräftig. Sie sei der persönlichen Medizin verpflichtet und gehöre dem Geschlecht an, das klassischerweise die Leistungen der Reproduktionsmedizin nachsuche. Patientinnen suchten in einem erheblichen Umfang die persönliche Betreuung durch einen weiblichen Arzt, was eine qualitativ andere Art der Betreuung darstelle. Das MVZ AAA. sei über Ergebnisabführungsverträge und Beteiligungen einem amerikanischen Finanzinvestor zuzuordnen. Aufgrund dessen Gewinnstrebens handele es sich um eine völlig andere Art der Leistungserbringung. Sie habe einen Anspruch auf Ermächtigung unter der Bedingung, dass ihr die Genehmigung nach [§ 121a SGB V](#) erteilt werde.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,
unter Aufhebung des Beschlusses des Beklagten vom 11.03.2009 sie unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über ihren Widerspruch neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er trägt vor, das MVZ AAA., an dessen Zulassungsstatus keine Zweifel bestünden, decke den Versorgungsbereich hinreichend ab. Weitere Fahrwege seien bei speziellen Leistungen auch zumutbar. Die Klägerin behaupte letztlich, eine qualitativ andere höherwertige - Leistung anbieten zu wollen als der vorhandene Leistungserbringer. Auf individuelle Wünsche einzelner Patienten komme es aber nicht an.

Die Beigeladenen zu 1) beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beigeladene zu 1) hat sich den Ausführungen des Beklagten angeschlossen.

Die übrigen Beigeladenen haben sich schriftsätzlich zum Verfahren nicht geäußert und auch keinen Antrag gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid nach [§ 105 SGG](#) entscheiden. Die Sache hat keine Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art, und der Sachverhalt ist geklärt. Die Kammer hat die Beteiligten hierzu mit Verfügung vom 24.09.2010 angehört.

Die Klage ist zulässig, aber unbegründet. Der Beschluss des Beklagten vom 11.03.2009 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seines Widerspruchs unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts.

Der Beschluss des Beklagten vom 11.03.2009 ist rechtmäßig.

Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt (Vertragsarztsitz). Der Vertragsarzt muss am Vertragsarztsitz seine Sprechstunde halten. Er hat seine Wohnung so zu wählen, dass er für die ärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung steht. Vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des Vertragsarztsitzes an weiteren Orten sind zulässig, wenn und soweit

1. dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert und
2. die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird.

Sofern die weiteren Orte im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung liegen, in der der Vertragsarzt Mitglied ist, hat er bei Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 Anspruch auf vorherige Genehmigung durch seine Kassenärztliche Vereinigung (§ 24 Abs. 1, 2 und 3 Satz 1 u. 2 Ärzte-ZV i.d.F. d. VÄndG).

Diese Voraussetzungen liegen nicht vor. Es fehlt an einer Versorgungsverbesserung. Die Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort wird nicht verbessert.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sieht, erfordert im Gegensatz zu Ermächtigungen und Sonderbedarfszulassungen die Erteilung der Zweigpraxisgenehmigung nicht zwingend das Bestehen einer ausgleichsbedürftigen Versorgungslücke, sondern lediglich eine "Verbesserung" der Versorgung. Unabhängig davon, was konkret unter einer "Verbesserung" der Versorgung zu verstehen ist, ist dieser Begriff jedenfalls nicht in dem Sinne auszulegen, dass er eine - den Anforderungen an Ermächtigungen und Sonderbedarfszulassungen vergleichbare - Bedarfsprüfung erfordert. Außer Zweifel steht allein, dass die Genehmigung einer Zweigpraxis im Falle von Unterversorgung stets eine Verbesserung darstellt. In überversorgten Planungsbereichen gilt, dass ungeachtet der damit verbundenen Erweiterung der Möglichkeiten der Arztwahl nicht bereits das bloße Hinzutreten eines weiteren Behandlers eine Verbesserung der Versorgung darstellt; dies folgt bereits daraus, dass es andernfalls der einschränkende Voraussetzung "Verbesserung" nicht bedurft hätte. Es ist im Übrigen nicht Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. der Zulassungsgremien, die Versorgung der Versicherten in der Weise zu optimieren, dass sie in jedem Ort bzw. Ortsteil die Auswahl zwischen mindestens zwei am Ort praktizierenden Vertragsärzten haben; auch ein entsprechender Anspruch der Versicherten besteht ungeachtet der in [§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) verbrieften Arztwahlfreiheit nicht. Auch das mit der Tätigkeit weiterer Leistungserbringer verbundene erhöhte Leistungsangebot stellt per se noch keine Verbesserung dar, sofern die betroffenen Leistungen bereits am Ort angeboten werden. Erforderlich, aber auch ausreichend ist es vielmehr, dass das bestehende Leistungsangebot zum Vorteil für die Versicherten in qualitativer - unter bestimmten Umständen aber auch in quantitativer - Hinsicht erweitert wird. Dem entspricht jedenfalls im Kern die in Rechtsprechung und Schrifttum vertretene Auffassung, welche eine Verbesserung ("wenigstens") dann als gegeben ansieht, wenn eine "Bedarflücke" besteht, die zwar nicht unbedingt geschlossen werden muss, die aber nachhaltig eine durch Angebot oder Erreichbarkeit veränderte und im Sinne der vertragsärztlichen Versorgung verbesserte Versorgungssituation herbeiführt. Allerdings erweckt diese Auffassung durch das Abstellen auf eine "Bedarflücke" den - unzutreffenden - Eindruck, dass Bedarfsplanungsgesichtspunkte zu berücksichtigen sind; sachgerecht ist es, den Begriff "Bedarflücke" durch den Begriff "qualifizierte Versorgungsverbesserung" zu ersetzen. Bei der Prüfung einer Versorgungsverbesserung ist - anders als bei der Bedarfsplanung - nicht auf den Planungsbereich abzustellen, sondern auf den "weiteren Ort", an dem die Zweigpraxis betrieben werden soll. Eine Versorgungsverbesserung dürfte in erster Linie bei einer qualitativen Veränderung des Leistungsangebots gegeben sein. Dies ist etwa dann der Fall, wenn der in der Zweigpraxis tätige Vertragsarzt im Vergleich zu den bereits vor Ort tätigen Ärzten über andere Abrechnungsgenehmigungen nach [§ 135 Abs 2 SGB V](#) verfügt oder ein differenzierteres Leistungsspektrum anbietet; ebenso kommt dies in Betracht, wenn er eine besondere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode anbietet, die etwa besonders schonend ist oder bessere Diagnoseergebnisse liefert. Unter gewissen Umständen kann sich auch eine lediglich quantitative Erweiterung des bestehenden Versorgungsangebots als Verbesserung im Sinne des § 24 Abs 3 Ärzte-ZV darstellen. Dies kommt insbesondere dann in Betracht, wenn durch das erhöhte Leistungsangebot Wartezeiten verringert werden, die - etwa wegen einer ungleichmäßigen Verteilung der Leistungserbringer im Planungsbereich - bei den bereits vor Ort niedergelassenen Ärzten bestehen. Als Versorgungsverbesserung können auch besondere organisatorische Maßnahmen angesehen werden, wie etwa das Angebot von Abend- und Wochenendsprechstunden. Im Einzelfall - allerdings wohl nur bei größeren "weiteren Orten" im Sinne des § 24 Abs 3 Ärzte-ZV - kann dies auch im Falle einer besseren Erreichbarkeit des Filialarztes. Letztlich wird auch bei diesen "quantitativen" Veränderungen - jedenfalls aus Sicht der Patienten - die Qualität der Versorgung verbessert. Welches Ausmaß die Verbesserungen haben müssen, ob ihnen also ein gewisses Gewicht zukommen muss, etwa Wartezeiten deutlich reduziert werden müssen, lässt sich nicht abstrakt abschließend beurteilen. Sicherlich reichen weder minimale, für die Versicherten kaum spürbare ("kosmetische") Veränderungen, noch dürfen umgekehrt die Anforderungen so hoch gespannt werden, dass der beabsichtigte Zweck einer Förderung der Filialtätigkeit verfehlt würde; dies wäre der Fall, wenn die an eine Zweigpraxisgenehmigung gestellten Anforderungen denen der "Erforderlichkeit" nach altem Rechtszustand entsprächen. Innerhalb dieser Grenzen unterfällt die Entscheidung letztlich dem Beurteilungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Zulassungsgremien (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.2009 - [B 6 KA 42/08 R](#) - juris Rdnr. - 35 und 47 bis 54).

Ausgehend von diesen Grundsätzen liegt keine Versorgungsverbesserung vor. Die von der Klägerin angebotenen Leistungen werden im Planungsbereich und im Einzugsbereich der Stadt AAA. in ausreichendem Maße erbracht. Der Beklagte weist in seinem Beschluss darauf hin, dass die Auslastung des MVZ AAA. unterdurchschnittlich sei, was auch hinreichend durch entsprechende Zahlen objektiviert worden sei. Damit hat der Beklagte seinen Beurteilungsspielraum nicht überschritten. Der Beklagte hat damit auch nicht fehlerhaft auf Gesichtspunkte der Bedarfsplanung abgestellt. Im Übrigen sind auch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts solche Gesichtspunkte nicht unbeachtlich. Aus der Gleichwertigkeit der Leistungen der Klägerin und des MVZ AAA. folgt allein keine Verbesserung der Versorgung. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass gleich qualifizierte Leistungserbringer die Leistungen auch in gleicher Qualität erbringen. Die Klägerin hat aber nicht dargelegt, dass sie andere Leistungen als das MVZ AAA. erbringen will oder über ein spezifisches Versorgungskonzept verfügen würde. Die Behauptung, sie gewährleiste die persönliche Betreuung durch einen weiblichen Arzt, stellt kein solches spezifisches Versorgungskonzept dar. Damit wird nicht einmal behauptet, sie erbringe andere Leistungen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass alle zugelassenen Leistungserbringer in der Lage sind, die Leistungen ihres Fachgebiets und im erforderlichen Umfang zu erbringen. Dazu gehören auch Betreuungsleistungen z. B. in Form einer Beratung. Dies gilt auch für die niedergelassenen oder in einem MVZ tätigen Kollegen der Klägerin, unabhängig von ihrem Geschlecht. Insofern besteht kein Anspruch eines Versicherten, von einem Arzt eines bestimmten Geschlechts oder überhaupt von einem bestimmten Arzt behandelt zu werden. So bestimmt [§ 76 Abs. 2 SGB V](#) ausdrücklich, dass der Versicherte die Mehrkosten zu tragen hat, wird ohne zwingenden Grund ein anderer als einer der nächsterreichbaren an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Einrichtungen oder medizinischen Versorgungszentren in Anspruch genommen. Es kommt auch nicht darauf an, wer Träger der Einrichtung ist. Eine Gewinnerzielungsabsicht des Trägers schließt gleichfalls eine

ordnungsgemäße Leistungserbringung nicht aus. Es ist allein eine Entscheidung des Gesetzgebers, wie er den Bereich der ambulanten Krankenversorgung regelt, ob nur durch freiberuflich tätige Ärzte, mit oder ohne angestellte Ärzte, mit oder ohne medizinische Versorgungszentren. Soweit die vertragsärztliche Versorgung sichergestellt ist, bleibt es allein dem einzelnen Patienten überlassen, welchen Arzt er aufsucht. Die mögliche besondere "Beliebtheit" eines Behandlers ist jedenfalls kein Anspruchgrund für die Ermächtigung zur Führung einer Zweigpraxis.

Es ist nicht Sinn und Zweck der durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eingeführten Möglichkeit der Errichtung einer Zweigpraxis, u. a. die Flexibilisierung der ärztlichen Tätigkeit und gerade auch die Einführung von Wettbewerbsmöglichkeiten zu eröffnen. Nach der Begründung des Gesetzentwurfs zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz soll die durch den 107. Deutschen Ärztetag 2004 vorgenommene Lockerung der Bindung des Arztes an seinen Vertragsarztsitz nur soweit nachvollzogen werden, als dies mit der "spezifischen Pflicht eines Vertragsarztes, die vertragsärztliche Versorgung an seinem Vertragsarztsitz zu gewährleisten (vgl. [§ 95 Abs. 1 Satz 4 und Absatz 3 SGB V](#) i. V. m. den Regelungen zur regionalen Bedarfsplanung), vereinbar" ist. (vgl. [BT-Drs. 16/2474, S. 29](#)). Aus Sicht des Gesetzgebers zeichnete sich in den letzten Jahren immer deutlicher ab, dass insbesondere in den neuen Ländern in bestimmten Regionen (Planungsbereichen) oder Teilen hiervon kurz- und mittelfristig die Gefahr regionaler Versorgungslücken besteht, zu deren Behebung die bisherigen Instrumente des Vertragsarztrechts (Sicherstellungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigung, von Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen gemeinsam finanzierte Sicherstellungszuschläge in unterversorgten Planungsbereichen) ergänzt werden müssten. Deshalb seien neben der (durch den u. a. 107. Deutsche Ärztetag 2004 in Bremen erfolgten) Flexibilisierung und Liberalisierung der vertragsärztlichen Berufsausübung sowohl auf der individuellen Arzzebene zielgebundene Erleichterungen notwendig. In diesem Zusammenhang nennt die Gesetzesbegründung ausdrücklich die Zweigpraxen (vgl. [BT-Drs. 16/2474, S. 15](#)). Soweit damit auch eine Liberalisierung des Vertragsarztrechts intendiert worden sein sollte (vgl. zur Problematik Wenner, GesR 2009, S. 505 ff., 506 f.), hat sich dies nur sehr begrenzt im Wortlaut des § 24 Ärzte-ZV niedergeschlagen. Mit dem Tatbestandsmerkmal der Versorgungsverbesserung ("dies die Versorgung der Versicherten an den weiteren Orten verbessert") stellt der Gesetzgeber ausschließlich auf Versorgungsgesichtspunkte ab, also ausschließlich auf quantitative und/oder qualitative Aspekte der Versorgung der Versicherten und damit nicht primär auf verbesserte "Marktchancen" des einzelnen

Vertragsarztes, sondern allenfalls sekundär für den Fall, dass eine Versorgungslücke bzw. nach der Terminologie des Bundessozialgerichts eine "qualifizierte Versorgungsverbesserung" vorliegen sollte (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 10.02.2009 [S 12 KA 824/09](#) –www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris).

Von daher war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)).

Nach dem Streitwertkatalog der Sozialgerichtsbarkeit für das Jahr 2007 ([www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)), dem die Kammer hier folgt, ist für Genehmigungen für Zweigpraxen vom dreifachen Regelstreitwert auszugehen (vgl. a. LSG Hessen, Beschl. v. 26.01.2009 – L 4 KA 15/09 B –; LSG Hessen, Beschl. v. 13.11.2007 – [L 4 KA 57/07 ER](#) – juris = [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)). Dies ergab den festgesetzten Wert.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-10