

S 12 KA 262/16

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 262/16

Datum
11.01.2017
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-

Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Aus der Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Facharztterminen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband folgt nicht, dass ein Facharzt der allgemeinen fachärztlichen Versorgung innerhalb von 30 Minuten erreichbar sein muss. Hinzu kommen die Wegezeiten des Versicherten zum nächstgelegenen Facharzt.

2. Kann der Versorgungsanspruch der Versicherten auf Erreichbarkeit eines Arztes in zumutbarer Entfernung nicht in jedem Einzelfall erfüllt werden (vgl. BSG, Urt. v. 23.06.2010 [B 6 KA 22/09 R](#) - SozR 4-2500 § 101 Nr. 8, juris Rdnr. 28; LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 08.01.2016 - [L 9 KA 1/15 B ER](#) - juris Rn. 37), so folgt hieraus nicht, dass eine Sonderbedarfszulassung zu erteilen ist. Eine Sonderbedarfszulassung kommt erst dann in Betracht, wenn im Einzugsbereich der geplanten Praxis eine Versorgungslücke im Umfang eines wenigstens hälftigen Versorgungsauftrags besteht.

1. Die Klage wird abgewiesen.

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

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Sonderbedarfszulassung des Klägers als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie mit einem - weiteren - hälftigen Versorgungsauftrag für die vertragsärztliche Tätigkeit in A Stadt im Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis.

Der 1961 geb. und jetzt 55-jährige Kläger ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Unfallchirurgie. Er ist seit 01.01.2014 mit einem hälftigen Versorgungsauftrag zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in A-Stadt, A-Straße, Lahn-Dill-Kreis zugelassen.

Der Kläger beantragte am 06.01.2015 beim Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen die Aufhebung der Zulassungsbeschränkung. Am 05.03.2015 konkretisierte er den Antrag auf eine Sonderbedarfszulassung für einen hälftigen Versorgungsauftrag mit Wirkung zum 01.05.2015 an seinem bisherigen Praxissitz. Zur Begründung seines Antrags trug der Kläger vor, seine Praxis werde von vielen Patienten mit Schulterbeschwerden aufgesucht, insgesamt handele es sich hier um knapp 1/3 des Patientenaufkommens. Im Lahn-Dill-Kreis gebe es keine weitere orthopädische Facharztpraxis mit einer derartigen Spezialisierung. Er habe seit 1998 am Klinikum C-Stadt die dortige Sektion für Schulterchirurgie aufgebaut. Im Rahmen seiner zusätzlichen Tätigkeit von Juli 2008 bis Dezember 2013 in der Praxis Klinik D. habe er fast ausschließlich Patienten mit Schulterbeschwerden ambulant behandelt. Seine Niederlassung habe zum Ziel gehabt, diesen Schwerpunkt fortzuführen, weshalb nun überdurchschnittlich viele "Schulterpatienten" seine Praxis aufsuchten. Die Anzahl der im Jahr 2014 von ihm behandelten gesetzlich versicherten Patienten (4.012 Behandlungsfälle) verdeutliche den bestehenden Bedarf. Die Fortführung seiner Praxistätigkeit sei jedoch durch die bestehende Zulassungsbeschränkung erheblich gefährdet.

Die zu 1) beigelegte Kassenärztliche Vereinigung Hessen empfahl, den Antrag abzulehnen. Sie führte unter Datum vom 26.02.2015 aus, der Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis sei gesperrt. Nach den aktuellen Beschlüssen des Landesausschusses vom 02.12.2014 bestehe mit 113,26 % eine orthopädische Überversorgung. Rechne man die Ermächtigten (Stichtag 30.06.2014) entsprechend ihrem Leistungsanteil hinzu, würde sich ein Versorgungsgrad von 117,98 % ergeben. Im Planungsbereich mit 251.327 Einwohnern (Stand 31.12.2013) seien 14 Fachärzte für Orthopädie bzw. Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit insgesamt 12 Versorgungsaufträgen niedergelassen. Von

diesen seien jeweils zwei Orthopäden in A-Stadt (1,5 Versorgungsaufträge), E-Stadt und F-Stadt sowie acht Orthopäden in C-Stadt (6,5 Versorgungsaufträge) tätig. Ermächtigungen könnten im Rahmen der Bedarfsplanung berücksichtigt werden. An der Orthopädischen Klinik in A-Stadt seien zwei Fachärzte für Orthopädie zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt. Die Ermächtigung umfassten die Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, abzurechnen nach den Leistungen nach den Nrn. 01321, 34220, 34221, 34230 bis 34234, 40104, 40120 und 40122 EBM, sowie die ambulante Nachbehandlung auf Überweisung der niedergelassenen Orthopäden und Chirurgen. E Stadt sei 34 km, F-Stadt 28 km und C-Stadt 12 km von A-Stadt entfernt. Sie habe alle niedergelassenen Orthopäden angeschrieben und um eine Stellungnahme zur Bedarfssituation gebeten. Die zehn antwortenden Orthopäden gäben an, über freie Kapazitäten zu verfügen und die beantragten Leistungen bereits zu erbringen. Die Wartezeiten betrügen ca. 2 Wochen, wobei die meisten Ärzte angäben, Notfälle sofort behandeln zu können. Ein Orthopäde gebe darüber hinaus an, dass die Diagnostik und Therapie von Schulterbeschwerden zum Repertoire jedes Orthopäden und Unfallchirurgen gehörten. Für spezielle operative Fragestellungen stünden alle Kliniken des Lahn-Dill-Kreises zur Verfügung. Daneben existierten die "Oberzentren" der Universitätskliniken Gießen, Marburg und Frankfurt. Fünf Orthopäden gäben an, "Schulterpatienten" zu behandeln. Seien operative Therapien erforderlich, so seien in den orthopädischen unfallchirurgischen Abteilungen der umliegenden Kliniken im Lahn-Dill-Kreis mehrere Kollegen mit einem entsprechenden Schwerpunkt zu finden. Der Kläger habe in den Quartalen I bis IV/13 als angestellter Arzt in einem C-Stadter MVZ mit einem Versorgungsauftrag von 0,25 % durchschnittlich 379 Fälle pro Quartal behandelt. Dies entspreche einem durchschnittlichen Abrechnungsvolumen von ca. 189 % (verglichen mit dem hessischen Durchschnitt der Chirurgen). Der Kläger sei in diesem Zeitraum als Facharzt für Chirurgie in einem MVZ Praxis Klinik D. in C-Stadt mit einem Versorgungsauftrag von 0,25 angestellt gewesen. Die Fallzahlen von sieben Orthopäden im Planungsbereich befänden sich über dem hessischen Durchschnitt der entsprechenden Fachgruppe der Orthopäden. Er werde um 37 % überschritten. Die Fallzahlen von vier weiteren Orthopäden unterschritten den hessischen Durchschnittswert, ein Orthopäde liege im hessischen Durchschnitt. Das durchschnittliche Abrechnungsvolumen dieser fünf Orthopäden liege bei ca. 80 %. Das Abrechnungsvolumen der anderen niedergelassenen Orthopäden habe bei ca. 113 % gelegen. Ein orthopädischer Versorgungsbedarf sei weder aus qualitativer, noch aus quantitativer Sicht festzustellen.

Der Kläger erwiderte hierauf unter Datum vom 18.03.2015, im Planungsbereich ergebe sich eine Orthopädendichte von 4,77 pro 100.000 Einwohner. Damit liege der Planungsbereich hessenweit eher im unteren Bereich. Würde man seinem Antrag stattgeben, erhöhe sich dadurch die Orthopädendichte auf 4,97, was etwa der Dichte im benachbarten Wetteraukreis mit ähnlicher Bevölkerungsstruktur entspreche. Die zum Einzugsgebiet A-Stadt gehörenden Gemeinden A-Stadt, G-Stadt, H-Stadt und I-Stadt erreichten zusammen eine Bevölkerungszahl von 40.813 (Stand 31.12.2013), was einer regionalen Orthopädendichte von lediglich 3,6 auf 100.000 Einwohner entspreche. Ein zusätzlicher halber Kassenarztsitz in A-Stadt käme somit einer dezentralen Patientenversorgung entgegen. Eine Befragung aller niedergelassenen Orthopäden sei auf Grund deren Eigeninteresses wenig aussagekräftig. Aussagekräftiger wäre eine Befragung der niedergelassenen Hausärzte. Er bestreite nicht, dass die Behandlung von Schulterbeschwerden zum Repertoire jedes Orthopäden gehöre. Die Tatsache, dass lediglich 5 der 10 Befragungsteilnehmer angegeben hätten, diese Beschwerden zu behandeln, zeige, dass die Behandlung dieser Patienten ein eher stiefmütterliches Dasein friste. In den umliegenden Krankenhäusern sei eine Mindestbehandlung von Schulterbeschwerden kein Schwerpunkt bzw. kein Spezialgebiet. Eine Kassenarztpraxis mit einer Zulassungsbeschränkung auf 0,5 Sitze sei wirtschaftlich nicht zu führen. Ihm sei vom Zulassungsausschuss in der Sitzung am 12.11.2013 ein hälftiger Versorgungsauftrag zugesprochen worden. In der Sitzung vom 28.01.2014 sei ihm ein zweiter hälftiger Versorgungsauftrag zugesprochen worden, worauf er am 10.02.2014 seine Praxistätigkeit begonnen habe. Die letzte Entscheidung sei vom Zulassungsausschuss später ohne sein Verschulden revidiert worden. Er trug mit Schreiben seiner Prozessbevollmächtigten vom 13.11.2015 weiter vor, er mache einen lokalen, als auch einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf geltend. Hinsichtlich der Prüfung eines lokalen Versorgungsbedarfs seien die Ermittlungen der Beigeladenen zu 1) nicht ausreichend. Eine wesentliche Versorgung der Patienten aus dem Bereich A Stadt sei durch die Orthopäden in C-Stadt nicht möglich, da C-Stadt einen breiten Einzugsbereich bis hoch nach F-Stadt und E-Stadt zu versorgen habe. Die 12, über dem Durchschnitt liegenden Orthopäden erhielten für die Versorgung weiterer Patienten keine Vergütung mehr. Sie stünden daher für eine weitere Versorgung gar nicht oder nur sehr eingeschränkt zur Verfügung. Zur Prüfung des lokalen Versorgungsbedarfs sei es daher erforderlich, den Sitz der übrigen fünf Orthopäden anzugeben. Es müsse auch geprüft werden, warum nur eine 80 %-ige Auslastung bei diesen Orthopäden vorliege. Hinzu komme, dass er gerade in A-Stadt ein problematisches Verhältnis zu seinen Kollegen habe, da diese den Vertragsarztsitz, der ihm bereits versprochen gewesen sei, mit Unterstützung der dort ansässigen Klinik erhalten hätten. Hier bestehe ein sehr ausgeprägtes Konkurrenzverhältnis. Sein Versuch, einen halben Versorgungsauftrag nach C-Stadt mit einem dortigen Kollegen zu verbinden, um eine bessere wirtschaftliche Ausgangslage zu erhalten, sei am neuen § 24 Abs. 7 Ärzte-ZV gescheitert. Ermächtigungen dürften nur in einem Versorgungsumfang von 0,5 berücksichtigt werden. Dass ein lokaler Versorgungsbedarf deutlich bestehe, zeigten auch seine Fallzahlen. Im Quartal I/14 habe er 500 Scheine, im Quartal II/14 bereits 1.000 Scheine. Bei dem derzeitigen Regelleistungsvolumen reichten aber auch 1.000 Patienten nicht aus, um eine orthopädische Praxis wirtschaftlich sinnvoll führen zu können. Die Diagnostik und Therapie von Schulterbeschwerden gehöre zwar zum Repertoire jedes Orthopäden und Unfallchirurgen, finde sich aber in dieser Spezialisierung weder in der Weiterbildungsordnung, noch werde diese Spezialisierung der ambulanten Operationen und der Therapien tatsächlich von allen Orthopäden angeboten. Er habe im Jahr 2014 114 Schulter-Operationen durchgeführt und im Jahr 2015 bis einschließlich 30.09.2015 110 Schulter-Operationen. Seit Februar operiere er auch an den Samstagen mit eigenem Personal. Dieser Versorgungsbedarf könne derzeit in den Lahn-Dill-Kliniken mangels OP-Kapazitäten nicht gedeckt werden. In den Kliniken in J-Stadt und A-Stadt würden keine Schulter-Operationen durchgeführt werden. Stationäre Angebote von Kliniken seien für eine Sonderbedarfszulassung ohne Bedeutung.

Die Beigeladene zu 1) führte unter Datum vom 17.12.2015 und 11.01.2015 ergänzend zu ihren bisherigen Ausführungen aus, nach den aktuellen Beschlüssen des Landesausschusses vom 26.11.2015 bestehe eine orthopädische Überversorgung von 112,85 %. Im Planungsbereich mit seinen 251.440 Einwohnern seien aktuell 14 Orthopäden mit insgesamt 12 Versorgungsaufträgen niedergelassen. Die Versorgungslage habe sich im Vergleich zur letzten Stellungnahme nicht verändert. Auch bei den ermächtigten Orthopäden hätten sich keine Veränderungen ergeben. Die Fallzahlen der niedergelassenen Orthopäden stellten sich wie folgt dar, wobei die grau hinterlegten Praxen im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt noch über freie Kapazitäten verfügten:

Quartal I/15 Quartal IV/14 Quartal III/14
Fallzahl Fachgruppe 1217 1200 1233
Herr Dr. A. 1049 1080 998
Orthopäde 2 1754 1506 1095
Orthopäde 3 1815 1718 1801

Orthopäde 4 2213 2113 2278
Orthopäde 5 1762 1684 1747
Orthopäde 6 1522 1504 1500
Orthopäde 7 1293 1176 1260
Orthopäde 8 1356 1311 1377
Orthopäde 9 1419 1470 1539
Orthopäde 10 1265 1176 1315
Orthopäde 11 1199 1127 1383
Orthopäde 12 457 519 566
Orthopäde 13 1110 1043 1154
Orthopäde 14 742 865 945

Ein lokaler Sonderbedarf liege daher weiterhin nicht vor. Auch ein qualitativer Sonderbedarf scheide aus. Eine ICD-10-Diagnose-Statistik des Klägers aus dem Quartal II/15 habe gezeigt, dass der Kläger neben Schulterbehandlungen auch anderweitige orthopädische Behandlungen durchgeführt habe. Eine genaue Betrachtung der Diagnosen verdeutliche, dass die Diagnose M19.9 (sonstige Arthrose) 139-mal erbracht worden sei. Im Verhältnis hierzu stünden Diagnosen aus dem Kapitel 75, wonach die Diagnose M75.1 (Läsionen der Rotatorenmanschette) 151-mal, M75.4 (Impingement-Syndrom der Schulter) 208-mal und M75.4 (Bursitis im Schulterbereich) 167-mal erbracht worden seien. Der Kläger führe zwar häufig Schulterbehandlungen durch, darüber hinaus aber auch orthopädische Leistungen an anderen Körperteilen. Eine ausschließliche Konzentration auf den Schulterbereich lasse sich nicht feststellen. Sämtliche Diagnosen aus dem Kapitel M75 würden von vielen verschiedenen Praxen im gehäuftem Umfang im Planungsbereich erbracht und abgerechnet werden. Insoweit sei davon auszugehen, dass auch die übrigen Orthopäden diese Behandlungen der Schulter regelmäßig erbrächten und über die Kenntnisse bei derartigen Behandlungen verfügten.

Der Kläger rügte im Schreiben seiner Prozessbevollmächtigten vom 20.01.2016 weiterhin, dass das reale Versorgungsangebot geprüft werden müsste. Er versorge inzwischen bis zu 1.200 Patienten, obwohl er mit seinem halben Sitz maximal etwa 1.000 Patienten versorgen dürfe, wenn er nicht abgestaffelt werden wolle. Hinzu komme eine große Anzahl von Asylanten. Er habe nie behauptet, ausschließlich Erkrankungen oder Verletzungen der Schulter zu behandeln, sondern lediglich, dass er auf diesem Gebiet über besondere Erfahrungen verfüge. Fehlerhaft sei im Übrigen, dass nicht die ICD-10-Statistik der niedergelassenen Orthopäden im gesamten Planungsbereich zu Grunde gelegt werde. Er versorge einen deutlich höheren Prozentsatz an Patienten mit den Diagnosen M75, was ein Vergleich der Statistik der KV Nordrhein zeige. Er sei Unfallchirurg, der weitere in A-Stadt niedergelassene Kollegen nicht.

Der Beklagte führte am 28.01.2016 eine mündliche Verhandlung durch. Er bat die Beigeladene zu 1) schriftlich darzulegen, welche Fachärzte für Orthopädie innerhalb von 30 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln an der Praxis des Klägers erreichbar seien. Des Weiteren solle bei den in Betracht kommenden Fachärzten, die unter den Fachgruppendurchschnitt abrechneten, geprüft werden, aus welchem Grund dort eine Minderauslastung bestehe.

Die Beigeladene zu 1) führte unter Datum vom 11.03.2016 aus, im Planungsbereich seien 9 orthopädische Leistungserbringer innerhalb von 30 Minuten mit dem öffentlichen Personennahverkehr vom Standort der Praxis des Klägers erreichbar. Vier hiervon verfügten ausweislich der abrechneten Fallzahlen in den zurückliegenden Quartalen noch über freie Kapazitäten. Diese habe sie nochmals zur freien Kapazität und zu den bestehenden Wartezeiten befragt. Alle vier Leistungserbringer hätten mitgeteilt, dass freie Kapazitäten in der Region vorhanden seien und Termine innerhalb einer Woche vergeben werden könnten. Dabei gäben alle Leistungserbringer an, auch schwierige Schulterbehandlungen behandeln zu können, ein zusätzlicher Sonderbedarf sei für dieses Gebiet nicht vorhanden. Eine Praxis habe im Einzelnen mitgeteilt, zahlreiche Leistungserbringer seien im Umkreis von 19 km auch mit komplizierten Schultererkrankungen beschäftigt, auch er selbst behandle solche Erkrankungen. Ein zweiter Leistungserbringer gebe an, dass alle Schulterbehandlungen konservativ operativ sowohl ambulant als auch stationär erbracht würden. Die Wartezeiten hierfür betrügen lediglich wenige Tage und Kapazitäten seien noch frei. Der dritte Leistungserbringer gebe an, dass ein Schwerpunkt der Praxis bei der Diagnostik und Therapie von Schulterbeschwerden liege. Es bestünden freie Kapazitäten und Wartezeiten betrügen lediglich einige wenige Tage. Die vierte Praxis habe angegeben, freie Kapazitäten seien vorhanden, Schulterbeschwerden kämen zudem sehr häufig vor und könnten von allen Orthopäden bestens versorgt werden. Einzelne Spezialfälle könnten zudem in speziellen Ambulanzen vorgesehen werden.

Der Kläger trug mit Schriftsatz seiner Prozessbevollmächtigten vom 25.04.2016 weiter vor, weder die gestellten Fragen, noch die Antworten erfüllten die Anforderungen der sozialgerichtlichen Rechtsprechung. Die Angaben zu den Wartezeiten seien überwiegend unbestimmt und lückenhaft. Zum Beweis für die Behauptung, dass die Wartezeit in den orthopädischen Praxen nicht unter drei bis vier Wochen betragen würde, würden die Stellungnahmen der hiervon betroffenen befragten fünf Hausärzte überreicht werden. Danach betrügen die Wartezeiten über drei bis vier Wochen für die Hausarztpatienten. Es gebe offensichtlich keine freien Kapazitäten. Zur Ermittlung des lokalen Versorgungsbedarfs komme es wesentlich darauf an, welche Fachärzte für Orthopädie innerhalb von 30 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln von seiner Praxis aus erreichbar seien. Dieses Kriterium für eine zumutbare Entfernung folge aus der Anlage 28 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte gem. § 6 Abs. 1 Ziff. 1. Die Praxen in C-Stadt seien innerhalb dieser Zeitvorgabe nicht zu erreichen. Sie erreichte ferner Auskünfte zweier weiterer Hausärzte hinsichtlich der Wartezeit.

Die Beigeladene zu 1) wies mit Schriftsatz vom 25.03.2016 nochmals darauf hin, dass ein Orthopäde in A-Stadt selbst über freie Kapazitäten verfüge, weshalb es auf die Erreichbarkeit innerhalb der angegebenen 30 Minuten nicht ankomme. Die Fahrzeit von A-Stadt/K-Straße nach C-Stadt betrage mit öffentlichen Verkehrsmitteln 37 Minuten, weshalb die Zeitvorgabe von 30 Minuten nur marginal überschritten werde. Auch sei im Übrigen die Praxis des Klägers nur innerhalb dieser Zeit erreichbar.

Der Beklagte wies den Widerspruch mit Beschluss vom 27.04.2016, ausgefertigt am 30.05.2016, als unbegründet zurück. Zur Begründung führte er aus, maßgeblich komme es auf die Bedarfssituation am Standort der Praxis des Klägers an. Eine solche Bedarfssituation könne weder für orthopädische/unfallchirurgische Leistungen im allgemeinen für die Variante einer Sonderbedarfszulassung auf Grund eines lokalen Versorgungsbedarfs festgestellt werden, noch für den speziellen Bereich der Behandlung von Schulterbeschwerden für die Variante einer Sonderbedarfszulassung aus qualifikationsbezogenen Aspekten. Die zunächst von der Beigeladenen zu 1) und sodann von ihm selbst in eigener Kompetenz durchgeführte Befragung der niedergelassenen Orthopäden/Unfallchirurgen im Planungsbereich habe ergeben, dass

am Standort C Stadt mehrere orthopädische Leistungserbringer niedergelassen seien, die jeweils angegeben hätten, über freie Kapazitäten zu verfügen und dieselben Leistungen – auch Schulterbehandlungen – erbringen zu können, wie sie vom Kläger bereits angeboten würden bzw. für die Zukunft geplant seien. Auch seien danach Akuttermine innerhalb eines Tages und normale Behandlungstermine innerhalb von wenigen Wochen möglich. Die Beigeladene zu 1) habe auch festgestellt, dass noch freie Kapazitäten vorhanden seien. Es bestehe eine ausreichende Versorgung, wenn mehrere niedergelassene Ärzte unter dem Fachgruppendurchschnitt lägen und gleichzeitig die Angabe machten, über freie Kapazitäten zu verfügen. Die Behandlung von Schulterproblemen gehöre zum normalen Kanon orthopädischer Behandlung. Der Kläger selbst habe keine diesbezügliche formale entsprechende Qualifikation vorgetragen oder belegt. Die befragten Orthopäden hätten angegeben, entsprechende Behandlungen durchzuführen. Die Entfernung zwischen der Praxis des Klägers und der befragten Praxen in C-Stadt betrügen zwischen 10,8 und 14,5 Kilometern. Mit dem PKW seien Fahrzeiten um die 20 Minuten erforderlich. Mit öffentlichen Verkehrsmitteln sei eine Fahrzeit von etwas mehr als einer halben Stunde erforderlich. Letztlich komme es hierauf aber nicht an. Die in der Anlage 28 zum Bundesmantelvertrag getroffene Festlegung, dass im Rahmen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung die Fahrtzeit von bis zu 30 Minuten mit dem ÖPNV als zumutbar anzusehen sei, stelle keine verbindliche Vorgabe in dem Sinne dar, dass stets eine Sonderbedarfszulassung zu erteilen sei, wenn vom Praxisstandort des Bewerbers in eine Sonderbedarfszulassung mit dem ÖPNV eine Fahrtzeit von mehr als 30 Minuten zur nächstgelegenen gleichartigen Praxis zurückzulegen sei. Die Festlegung könne lediglich als ein Anhaltspunkt unter vielen Aspekten angesehen werden, die bei der Prüfung eines lokalen Versorgungsbedarfs zu berücksichtigen seien. Zu prüfen sei, ob der gesamte Einzugsbereich der vorgesehenen Praxis hinreichend versorgt sei. Ausweislich des statistischen Jahrbuchs habe die Stadt A-Stadt Ende 2014 ca. 11.000 Einwohner aufgewiesen. Mit 1,5 Versorgungsaufträgen sei die Praxis damit ausreichend versorgt. Die Stadt C-Stadt als Oberzentrum der Region verfüge über eine gutausgebaute verkehrliche Infrastruktur ins Umland, sodass davon ausgegangen werden könne, dass orthopädische Angebote in C-Stadt in der Regel ebenso gut oder besser erreichbar seien als Angebote in A-Stadt. Es komme nicht auf die Fahrzeiten zwischen der Praxis des Klägers und der nächstgelegenen Konkurrenzpraxis an, sondern alleine darauf, ob im Umfeld der Praxis des Klägers und in der näheren Umgebung des Praxisortes eine hinreichende Versorgung für die dort lebende Bevölkerung bestehe. Hier könne darauf abgestellt werden, dass der Nahbereich in der Umgebung des Praxisortes durch vorhandene Angebote abgedeckt werde, während für die weitere Umgebung des Praxisortes alternative Angebote in zumutbarer Entfernung erreichbar seien.

Hiergegen hat der Kläger am 28.06.2016 die Klage erhoben. Er ist weiterhin der Auffassung, es bestehe ein quantitativer und ein qualitativer Sonderbedarf. Ergänzend zu seinen Ausführungen im Verwaltungsverfahren trägt er vor, bei einer Verhältniszahl von 23.813 Einwohnern je Orthopäde müssten bei einem Einzugsbereich der Praxis für 42.446 Einwohner mind. 1,8 vertragsärztliche Zulassungen in dieser Region existieren. Ein Ausweichen auf C-Stadt sei für diesen Bereich nicht zielführend. C-Stadt sei für die Einwohner seines Einzugsbereichs mit öffentlichen Verkehrsmitteln mit einem deutlich längeren Anfahrtsweg verbunden. Bei der 30 Minuten-Regelung handele es sich um eine eindeutige Wertung des Verordnungsgebers für den allgemeinen fachärztlichen Versorgungsbereich, über den sich der Beklagte als Behörde nicht einfach hinwegsetzen könne. Der Kollege in A-Stadt könne die Patienten nicht alleine auffangen. Er bestreite dessen Auskunft, es seien noch freie Kapazitäten vorhanden. Ein Patient habe bei ihm einen Termin nachgesucht mit dem Hinweis, bei dem Kollegen in A-Stadt betrage die Warteliste bis Juni. Diese Anfrage habe ihn am 28.04.2016 erreicht. Die Familienmitglieder hätten bei Kollegen um einen Termin ersucht, es hätten sich gelegentlich längere Wartezeiten ergeben. Der Beklagte sei auch nicht auf die Ergebnisse der Hausarztbefragungen eingegangen. Es bestehe auch ein qualifikationsbezogener Sonderbedarf. Er habe die Zusatzweiterbildung "Spezielle Unfallchirurgie". Diese umfasse in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Behandlungen von Verletzungen höherer Schwierigkeitsgrade und deren Folgezustände sowie die Organisation von Überwachung, Durchführung der Behandlung von Schwerverletzten. Dazu gehöre auch die Durchführung operativer Eingriffe höherer Schwierigkeitsgrade. Hinzu komme seine Spezialisierung auf schwerwiegende Schultererkrankungen, weshalb Patienten mit solchen Erkrankungen vermehrt seine Praxis aufsuchten. Der Behandlungsumfang bei den übrigen niedergelassenen Ärzten sei nicht erfragt worden.

Der Kläger beantragt,
den Beschluss des Beklagten vom 27.04.2016 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, über seinen Widerspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.
hilfsweise
zum Beweis der Behauptung, dass die Orthopäden in C-Stadt mit 6,5 Versorgungsaufträgen aufgrund unterdurchschnittlicher Fallzahlen nachweislich Kapazitäten frei haben, offenzulegen, welche der aufgelisteten Fallzahlen gem. der Liste auf Seite 6 des angefochtenen Beschlusses des Beklagten die Orthopäden betreffen, die ihren Standort dort in C-Stadt haben.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er ist der Auffassung, ein Ermittlungsdefizit liege nicht vor. Folge man dem Vortrag des Klägers, wäre der von ihm ausgegebene Einzugsbereich mit zwei vollen Versorgungsaufträgen ausgestattet und die angestrebte Verhältniszahl um mehr als 10 % überschritten. Der vom Kläger angegebene Einzugsbereich sei nicht nachgewiesen. Auszugehen sei zunächst von der Stadt A-Stadt, die mit 1,5 Versorgungsaufträgen auf der Grundlage der Verhältniszahlen der Bedarfsplanungs-Richtlinie massiv übertversorgt sei. Deshalb könne das nähere Umfeld mitversorgt werden. Die umliegenden Gemeinden würden auch von den Praxen in C-Stadt zum Teil mitversorgt werden. Auf Grund der gut ausgebauten verkehrlichen Infrastruktur des Oberzentrums C-Stadt sei davon auszugehen, dass das orthopädische Angebot in C-Stadt in der Regel ebenso gut oder besser erreichbar sei, als Angebote in A-Stadt. Er habe aufgrund hinreichender Ermittlungen festgestellt, dass in der Stadt C-Stadt noch freie Kapazitäten bei Orthopäden/Unfallchirurgen vorhanden seien. Eine Hinterfragung insbesondere der angegebenen Wartezeiten sei nicht erforderlich. Die Objektivierung der Angaben erfolge zu den Angaben zu Umfang über den Leistungsumfang der einzelnen Ärzte. Er müsse auch keine anonymen Testanrufe tätigen. Auch bei den Äußerungen der Hausärzte handele es sich um subjektive Eindrücke derselben und keine repräsentative Erhebung. Die angegebenen Zeitmargen seien sehr breit bemessen. Auch ergebe sich hieraus nicht, welche Wartezeiten anzunehmen seien, wenn seitens des Hausarztes auf die Dringlichkeit der Terminvergabe hingewiesen werde. Auf die wirtschaftliche Situation des Klägers komme es bei der Erteilung einer Sonderbedarfszulassung nicht an. Hinsichtlich eines qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs komme es nicht auf die Zusatzweiterbildung des Klägers an, sondern lediglich darauf, ob ein entsprechender Bedarf für die Versorgung der anfallenden Patienten bestehe. Er sei weiterhin der Auffassung, dass die Behandlung von Schulterproblemen zum normalen Kanon orthopädischer Behandlungen gehöre. Seine Umfrage habe zudem ergeben, dass solche Erkrankungen auch von den übrigen Ärzten behandelt würden. Im Übrigen könne der Kläger im Rahmen seines hälftigen Versorgungsauftrags Patienten mit schwerwiegenden Schultererkrankungen behandeln.

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

Die Kammer hat mit Beschluss vom 24.06.2016 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz SGG](#)). Sie konnte dies trotz des Ausbleibens eines Vertreters der Beigeladenen zu 3) bis 7) tun, weil diese ordnungsgemäß geladen und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind ([§ 110 Abs. 1 SGG](#)).

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insb. form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Der Beschluss des Beklagten vom 27.04.2016 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Neubeschreibung seines Widerspruchs durch den Beklagten unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts. Die Klage war daher im Haupt- und Hilfsantrag abzuweisen.

Rechtsgrundlage für einen Anspruch auf Sonderbedarfszulassung ist [§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 36 BedarfsplRL](#). 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 oder einen qualifikationsbezogenen 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) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT v. 31.12.2012, B7), in Kraft getreten am 1. Januar 2013, nachgekommen, wobei er mit Beschluss vom 16.05.2013 (BAnz AT 03.07.2013 B5) die §§ 36 und 37 BedarfsplRL neu gefasst hat, die seitdem nicht geändert wurden.

Nach [§ 36 BedarfsplRL](#) darf der Zulassungsausschuss unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen durch den Landesausschuss 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 1 Nr. 3 SGB V](#)). Die Feststellung dieses Sonderbedarfs bedeutet die ausnahmsweise Zulassung eines zusätzlichen Vertragsarztes in einem Planungsbereich trotz Zulassungsbeschränkungen ([§ 36 Abs. 1 BedarfsplRL](#)). 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 ([§ 36 Abs. 3 BedarfsplRL](#)).

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 ([§ 36 Abs. 4 BedarfsplRL](#)). Die Sonderbedarfszulassung setzt ferner voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen ([§ 36 Abs. 5 BedarfsplRL](#)). Die Zulassung wegen qualifikationsbezogenem Sonderbedarf hat mit der Maßgabe zu erfolgen, dass für den zugelassenen Vertragsarzt nur die ärztlichen Leistungen, welche im Zusammenhang mit dem Ausnahmetatbestand stehen, abrechnungsfähig sind ([§ 36 Abs. 6 BedarfsplRL](#)). Bei der Prüfung auf Sonderbedarf nach Absatz 3 bleibt eine mögliche stationäre Leistungserbringung in Krankenhäusern außer Betracht. Die Vorgaben des [§ 22](#) und des geltenden Bedarfsplans zur Anrechnung angestellter und ermächtigter Ärzte und Einrichtungen bleiben unberührt ([§ 36 Abs. 9 BedarfsplRL](#)), was hier allerdings dahingestellt bleiben kann, da Ermächtigungen nicht berücksichtigt wurden.

Wesentliche Voraussetzung ist danach ein zusätzlicher lokaler oder qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf, der dauerhaft erscheint.

Bei der Feststellung eines besonderen Versorgungsbedarfes steht den Zulassungsgremien ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zu (vgl. (vgl. BSG, Urt. v. 13.08.2014 - [B 6 KA 33/13 R](#) - SozR 4-2500 § 101 Nr. 16, juris Rdnr. 19; BSG, Urt. v. 02.09.2009 - [B 6 KA 21/08 R](#) - SozR 4-2500 § 101 Nr. 6, juris Rdnr. 15; BSG, Urt. v. 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - BSGE 86, 242 = SozR 3-2500 § 101 Nr. 5, juris Rdnr. 34 jeweils m.w.N.). Zur Ermittlung der Bedarfssituation ist es 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, Urt. v. 05.11.2008 - [B 6 KA 56/07 R](#) - [BSGE 102, 21](#) = [SozR 4-2500 § 101 Nr. 3](#), juris Rdnr. 18; BSG, Urt. v. 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242](#) = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#), juris Rdnr. 36 u. 38 -; LSG Nordrhein-Westfalen v. 14.07.2004 - [L 11 KA 21/04](#) - [GesR 2004, 526](#), juris Rdnr. 18; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 28.02.2007 L [11 KA 82/06](#) - juris Rdnr. 21). Die Ermittlungen dürfen sich ferner auch auf die gesamte jeweilige Gruppe der Gebietsärzte beziehen, die nach dem einschlägigen Weiterbildungsrecht befugt sind, die Leistungen eines streitigen Teilgebiets zu erbringen. Es kommt in erster Linie auf die tatsächliche Versorgungssituation in dem betreffenden Planungsbereich an, was nicht ausschließt, dass die sachkundigen Zulassungsgremien diesen Planungsbereich (analog § 12 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV) im Falle von Subspezialisierungen einzelner Fachgebiete überschreiten und auch die an den untersuchten räumlichen Bereich angrenzende Gebiete in ihre Überlegungen mit einbeziehen (vgl. BSG, Urt. v. 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242](#) = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#), juris Rdnr. 36; LSG Sachsen, Beschl. v. 26.05.2005 - [L 1 B 31/05 KA ER](#) - juris Rdnr. 18; LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 25.04.2007 - [L 10 KA 48/06](#) - juris Rdnr. 46).

Die gerichtliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zu Grunde liegt, ob die durch Auslegung des Begriffs "besonderer Versorgungsbedarf" zu ermittelnden Grenzen eingehalten und ob die Subsumtionserwägungen so hinreichend in der Begründung der Entscheidung verdeutlicht wurden, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist. Entscheidungen der Zulassungsgremien sind daher hinzunehmen, wenn sie sich im Rahmen der Ermächtigung halten (vgl. BSG, Urt. v. 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242](#) = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#), juris Rdnr. 34 m.w.N.; vgl. auch zuletzt BSG, Urt. v. 09.02.2011 - [B 6 KA 3/10 R](#) - [BSGE 107, 230](#) = [SozR 4-5525 § 24 Nr. 2](#), juris Rdnr. 22).

Der Beklagte hat zutreffend einen Bedarf für einen weiteren hälftigen Versorgungsbedarf für das Fachgebiet des Klägers verneint.

Zutreffend geht der Beklagte davon aus, dass es maßgeblich auf die Bedarfssituation am Standort der Praxis des Klägers ankommt. Für die Berücksichtigung der Versorgungssituation kommt es nicht auf die Situation einer einzelnen Praxis, sondern auf die Situation der Versicherten im Planungsbereich an. Selbst für den Begriff der "Versorgungsverbesserung" im Sinne einer Zweigpraxisgenehmigung (§ 24 Abs. 3 Ärzte-ZV) hat das Bundessozialgericht klargestellt, dass ein Versorgungsbedarf nicht mit der Situation der eigenen Praxis begründet werden kann. Die Frage der Versorgungsverbesserung ist nicht für die spezielle Patientenschaft einer Praxis zu beurteilen, sondern abstrakt bezogen auf die im Einzugsbereich lebenden Versicherten als solche (vgl. BSG, Urt. v. 05.06.2013 - [B 6 KA 29/12 R](#) - [BSGE 113, 291](#) = [SozR 4-5520 § 24 Nr. 9](#), juris Rdnr. 30).

Aus den Bevölkerungszahlen ist ein lokaler Sonderbedarf nicht festzustellen. Der Kläger geht von einem Einzugsgebiet seiner Praxis mit den Gemeinden A-Stadt, M-Stadt, G Stadt, H-Stadt und I-Stadt aus. Diese Gemeinden weisen folgende Einwohnerzahlen (Angaben nach <https://de.wikipedia.org/wiki/Lahn-Dill-Kreisxxxxxx>; Stand: 31. Dezember xxxx) auf:

Gemeinde Einwohner

A-Stadt 10.862

M-Stadt 5.862

G-Stadt 13.456

H-Stadt 6.415

I-Stadt 4.822

Gesamt 41.417

Bereits rechnerisch folgt hieraus bei einer Verhältniszahl (ein Arzt je Anzahl Einwohner) der Arztgruppe der Orthopäden nach § 12 Abs. 4 BedarfspIRL für Kreistyp 5 von 23.813 ein Bedarf von 1,74 Ärzten, wobei bereits 1,5 Vertragsarztsitze in A-Stadt vorhanden sind. Der Beklagte geht aber maßgeblich davon aus, dass der vom Kläger genannte Einzugsbereich auch von den Orthopäden in C-Stadt aus versorgt werden kann. Dies war angesichts der Entfernungen und der Verkehrsinfrastruktur von der Kammer nicht zu beanstanden. Die von ihm durchgeführte Befragung der niedergelassenen Orthopäden/Unfallchirurgen hat ferner ergeben, dass am Standort C-Stadt mehrere orthopädische Leistungserbringer niedergelassen sind, die jeweils angegeben haben, über freie Kapazitäten zu verfügen. Die Heranziehung der Fallzahlen durch die Beigeladene zu 1) hat ferner ergeben, dass auch einige Orthopäden nur unterdurchschnittliche Fallzahlen abgerechnet haben. Im Übrigen kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine Praxis mit durchschnittlichen oder leicht überdurchschnittlichen Fallzahlen bereits objektiv ihre Kapazitätsgrenze erreicht hat.

Aus der Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Facharztterminen der Kassenärztliche Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) (Anlage 28 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) zur Umsetzung des [§ 75 Abs. 1a SGB V](#) folgt nicht, dass jeder Bewohner eines Planungsbereichs einen Anspruch hat, einen Arzt innerhalb von 30 Minuten erreichen zu können. § 6 der Vereinbarung bestimmt als zumutbare Entfernung für die Vermittlung eines Termins durch eine Terminservicestelle, dass die Bestimmung der zumutbaren Entfernung über den Zeitbedarf für das Aufsuchen des von der Terminservicestelle vermittelten Arztes bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel erfolgt. Bei einem Facharzt der allgemeinen fachärztlichen Versorgung beträgt die erforderliche Zeit für das Aufsuchen des nächsten erreichbaren geeigneten Facharztes plus maximal 30 Minuten. Zu der für gewöhnlich anfallenden Zeit zum Aufsuchen der nächstgelegenen Praxis darf eine weitere Zeit von bis zu 30 Minuten hinzukommen. Aus der Vereinbarung folgt damit keinesfalls, dass die Bundesmantelvertragspartner davon ausgehen, jeder Versicherte müsse einen Vertragsarzt innerhalb von 30 Minuten erreichen können. Der Beklagte weist im angefochtenen Beschluss darauf hin, dass neun orthopädische Leistungserbringer von der Praxis des Klägers erreichbar seien, wovon noch vier Leistungserbringer über freie Kapazitäten verfügten. Bei dieser Sachlage brauchte die Kammer auch nicht dem Hilfsantrag des Klägers weiter nachzugehen und kommt es auf die lokale Zuordnung jedes einzelnen Orthopäden in der von der Beigeladenen zu 1) erstellten Aufstellung nicht an. Von daher kann dahingestellt bleiben, ob im Hilfsantrag, der als Beweisantrag zu verstehen ist, hinreichend eine streiterhebliche Tatsache und ein Beweismittel benannt werden.

Des Weiteren kommt es nicht darauf an, welche Wartezeiten bei der anderen Praxis in A Stadt bestehen. Ebenso wenig sind die vom Kläger vorgelegten Stellungnahmen verschiedener Hausärzte geeignet, einen weitergehenden Bedarf nachzuweisen. Die vorformulierten Erklärungen sind allgemein gehalten und beziehen sich ausschließlich auf A-Stadt. Im Übrigen geht der Gesetzgeber - für nicht akute

Behandlungsfälle - von einer zumutbaren Wartezeit von vier Wochen aus ([§ 75 Abs. 1a Satz 4 SGB V](#)), bei verschiebbaren Routineuntersuchungen und in Fällen von Bagatellerkrankungen sowie bei weiteren vergleichbaren Fällen hält er darüber hinausgehende Wartezeiten für zumutbar ([§ 75 Abs. 1a Satz 7](#) und 9 SGB V; § 4 Anl. 28 BMV-Ä). Im Übrigen geben von den fünf Stellungnahmen lediglich 2 Wartezeiten über vier Wochen an.

Selbst wenn sich für einzelne Versicherte bei Aufsuchen einer Praxis in C-Stadt längere Wegezeiten ergeben sollten, so folgt hieraus nicht, dass eine Sonderbedarfszulassung erteilt werden muss. Soweit die Rechtsprechung davon ausgeht, dem Versorgungsanspruch der Versicherten sei nicht schon dann Genüge getan, wenn deren überwiegende Anzahl ihn realisieren könne, vielmehr stehe der Versorgungsanspruch jedem einzelnen Versicherten zu (vgl. BSG, Urt. v. 23.06.2010 - [B 6 KA 22/09 R](#) - SozR 4-2500 § 101 Nr. 8, juris Rdnr. 28; LSG Sachsen-Anhalt, Beschl. v. 08.01.2016 - [L 9 KA 1/15 B ER](#) - juris Rdnr. 37), so folgt hieraus nicht, dass bereits dann, wenn der Anspruch eines Versicherten nicht erfüllt werden kann, eine Sonderbedarfszulassung zu erteilen ist. Im Hinblick auf die neu eingerichteten Terminservicestellen kann lediglich gefolgert werden, dass der Versicherte ggf. einen Anspruch auf entsprechende Vermittlung hat. Die Sonderbedarfszulassung nach § 36 Abs. 5 BedarfsplRL setzt aber ferner voraus, dass der Versorgungsbedarf dauerhaft erscheint. Bei vorübergehendem Bedarf ist von der Möglichkeit der Ermächtigung Gebrauch zu machen. Dies ist der Fall, wenn der von den bereits zugelassenen Vertragsärzten nicht abgedeckte Versorgungsbedarf unterhalb des Umfangs einer wirtschaftlich tragfähigen Vertragsarztpraxis liegt (vgl. BSG, Urt. v. 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - [BSGE 86, 242](#) = [SozR 3-2500 § 101 Nr. 5](#), juris Rdnr. 39; BSG, Urt. v. 19.03.1997 - [6 RKA 43/96](#) - [SozR 3-2500 § 101 Nr. 1](#), juris Rdnr. 18). Gegen die Auffassung der Vorinstanz hat das BSG daran festgehalten, dass der Bedarf für eine wirtschaftlich tragfähige Praxis ausreichen muss (BSG, Urt. v. 02.09.2009 - [B 6 KA 34/08 R](#) - [BSGE 104, 116](#) = SozR 4-2500 § 101 Nr. 7, juris Rdnr. 19 ff.; BSG, Urt. v. 02.09.2009 - [B 6 KA 21/08 R](#) - SozR 4-2500 § 101 Nr. 6, juris Rdnr. 20), wobei die Möglichkeit einer Tätigkeit im Umfang eines nur hälftigen Versorgungsauftrags besteht (vgl. [§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)). Daraus folgt, dass erst dann, wenn im Einzugsbereich der geplanten Praxis eine Versorgungslücke im Umfang eines wenigstens hälftigen Versorgungsauftrags besteht, eine Sonderbedarfszulassung in Betracht kommt.

Von der Kammer nicht zu beanstanden war ferner, dass der Beklagte einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf verneint hat. Eine besondere formale Qualifikation hat der Kläger nicht vorgetragen. Der Beklagte hat mit seiner Auffassung, dass die Behandlung von Schulterproblemen zum normalen Kanon orthopädischer Behandlung gehört, seinen Beurteilungsspielraum nicht überschritten. Die Befragung der Orthopäden hat zudem ergeben, dass entsprechende Behandlungen durchgeführt werden. Zutreffend weist der Beklagte darauf hin, dass der Kläger im Rahmen seines hälftigen Versorgungsauftrags Patienten mit schwerwiegenden Schultererkrankungen behandeln kann und bereits auch aus diesem Grund ein evtl. Bedarf gedeckt ist.

Nach allem war die Klage im Haupt- und Hilfsantrag abzuweisen.

Die außergerichtlichen Kosten eines Beigeladenen sind nur erstattungsfähig, wenn sie das Gericht aus Billigkeit der unterliegenden Partei oder der Staatskasse auferlegt ([§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 162 Abs. 3 VwGO](#)). Von dieser Möglichkeit ist Gebrauch zu machen, wenn der Beigeladene erfolgreich Anträge gestellt hat, wenn er allein oder mit anderen Beteiligten gesiegt hat oder das Verfahren wesentlich gefördert hat (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, 8. Aufl. 2004, § 197a, Rdnr. 29). Zu berücksichtigen ist, ob der Beigeladene sich während des Verfahrens geäußert und auch Anträge gestellt hat (vgl. BSG, Urt. v. 14.11.2002 - [B 13 RJ 19/01 R](#) - [SozR 3-5795 § 10d Nr. 1](#), juris Rdnr. 44). Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-02-03