

## L 5 KA 2904/11

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 10 KA 4395/09  
Datum  
19.05.2011  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KA 2904/11  
Datum  
25.09.2013  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 19.05.2011 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auf 15.000 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Genehmigung einer orthopädischen Nebenbetriebsstätte beim KBZO in W ...

Der Kläger ist als Facharzt für Orthopädie in S. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er ist vor Jahren von einem Kinderarzt, der Patienten aus dem KBZO behandelt hat, als orthopädischer Konsiliararzt hinzugezogen worden. Seitdem besucht er nach eigenem Vortrag in größeren Abständen das KBZO und wird dort im Einverständnis mit der Leitung dieser Einrichtung als Konsiliararzt beratend tätig.

Er beantragte unter dem 24.02.2008 die Genehmigung einer orthopädischen Nebenbetriebsstätte am KBZO in W ... Er plane die Durchführung eines 14-tägigen Sprechtages mit einer Sprechzeit von 09.00 bis 14:00 Uhr für Leistungen nach den Gebührennummern 18211 (Ordinationskomplex für Versicherte vom 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr) und 18220 (Beratung, Erörterung und/oder Abklärung - Dauer mindestens 10 Minuten) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Ärztliche Leistungen (EBM). Das Leistungsspektrum an seinem Vertragsarztsitz werde sich nicht ändern, das Sprechstundenangebot werde dort 20 Stunden keinesfalls unterschreiten.

Die Beklagte befragte die im Raum S. niedergelassenen Fachärzte zu dem Bedarf für die beantragte Nebenbetriebsstätte.

Mit Bescheid vom 17.09.2008 wies die Beklagte den Antrag zurück. Die Voraussetzung einer Versorgungsverbesserung sei nicht erfüllt. Nach § 24 Abs. 3 S. 1 Ärzte-ZV erfordere dies die Verbesserung einer unzureichenden Versorgung und nicht die bloße Erweiterung einer bestehenden Versorgung. Hierfür sei eine kleinräumige Bedarfsprüfung durchgeführt worden. Dabei sei zu prüfen gewesen, ob die geplante Nebenbetriebsstätte in einer Versorgungsregion liege, die keine orthopädische Versorgung aufweise bzw. ob die Leistungen, die in der Nebenbetriebsstätte angeboten werden sollten, von Fachärzten für Orthopädie, die die vertragsärztliche Versorgung in dieser Versorgungsregion sicherstellten, nicht durchgeführt würden. Im Einzugsbereich der Nebenbetriebsstätte seien zehn Fachärzte für Orthopädie niedergelassen, welche sich direkt im benachbarten R. in einer Entfernung von 2 bis 6 km befänden. Die Orthopäden seien hinsichtlich ihrer Auslastung und Wartezeiten befragt worden. Sieben Orthopäden hätten den Betrieb der Nebenbetriebsstätte mit der Begründung abgelehnt, dass eine ausreichende Versorgung der Patienten bestehe, die nicht weiter verbessert werden könne, und dass ihre Praxen zudem noch über freie Kapazitäten verfügten. Auch eine Überprüfung der Fallzahlen der Orthopäden habe ergeben, dass diese noch freie Kapazitäten aufwiesen. Die Versorgung der Heimbewohner sei daher ausreichend sichergestellt. Versicherten sei es grundsätzlich zumutbar, für eine fachärztliche Leistung Wege von mehreren Kilometern auf sich zu nehmen. Immobile Heimbewohner könnten heimeigene Fahrdienste in Anspruch nehmen. Die geplante Nebenbetriebsstätte stelle daher nur ein zusätzliches Angebot dar, was für die Annahme einer Versorgungsverbesserung nicht genüge. Zudem liege W. in dem für Orthopäden gesperrten Landkreis R. mit einem Versorgungsgrad von 152,5 %. Die Entfernung zwischen Vertragsarztsitz und Nebenbetriebsstätte betrage 123,86 km bei einer Fahrzeit von 2 Stunden. Vor diesem Hintergrund stelle die Einrichtung in W. keine Versorgungsverbesserung dar. Die Voraussetzungen für die Genehmigung seien daher nicht erfüllt. Das Kriterium der Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes sei daher nicht zu prüfen gewesen.

Hiergegen legte der Kläger am 02.10.2008 Widerspruch ein. Die Patienten des K. müssten derzeit lange Reisen für eine orthopädische Versorgung auf sich nehmen, häufig nach A. im Ch. oder zumindest nach U. oder St. Eine Behandlung sei nach Erfahrung der betroffenen Familien nur in diesen spezialisierten Zentren möglich. Die Sprechstundensituation in diesen Zentren werde von den Familien als hektisch und druckvoll beschrieben. Er sei in der Lage, in W. nicht nur eine sehr ausführliche Sprechstunde, sondern auch Behandlungen, wie z. B. die Botulinumtoxin-Injektion anzubieten. Dieses Angebot gebe es in R. nicht, anders könne man sich nicht erklären, warum die betroffenen Familien weite Reisen auf sich nehmen würden. Es sei ihm auch kein Fall bekannt, dass ein Patient des K. von einem Orthopäden in R. beraten und behandelt worden sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 27.05.2009 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück, zu dessen Begründung sie im Wesentlichen die Argumente aus dem Ausgangsbescheid wiederholte. Ergänzend führte sie aus, die Botulinumtoxin-Injektion sei eine Leistung, die nicht an eine bestimmte Fachgruppe gebunden sei und auch von niedergelassenen Ärzten, insbesondere von Fachärzten für Neurologie erbracht werde. Im Einzugsgebiet der geplanten Nebenbetriebsstätte seien sechs Fachärzte für Neurologie in drei Praxen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, welche solche Injektionen erbringen könnten. Auch die Orthopäden in R. könnten diese Leistung erbringen. Sie verfügten über freie Kapazitäten: Die Versorgung der Kinder und Jugendlichen am K. in W. sei daher ausreichend sichergestellt. Damit trete durch die Eröffnung einer Nebenbetriebsstätte keine Verbesserung der Versorgung ein.

Hiergegen erhob der Kläger am 26.06.2009 Klage zum Sozialgericht Stuttgart. Er ließ ausführen, ihm gehe es ausschließlich um die Körperbehinderten mit ihren spezifischen orthopädischen Problemen, der spastischen Gangstörung oder der Arthrogryposis. Er wolle sich auf diesem Gebiet spezialisieren. Eine Benachteiligung der ortsansässigen Orthopäden werde nicht eintreten. Die Behandlung der körperbehinderten Kinder und Jugendlichen aus dem KBZO erfolge derzeit nur in spezialisierten Zentren wie etwa in A. im Ch., in der Universitätsklinik H. oder in den Universitäts-Kinderkliniken in B., F. oder U ... Wenn er mit seiner Sprechstunde im KBZO eine Versorgung der Patienten in der Qualität dieser Einrichtungen anbieten könnte, führe dies zu einer Versorgungsverbesserung. Die Beklagte dürfe sich nicht darauf beschränken, die ortsansässigen Kollegen zu befragen. Sie hätte vielmehr ermitteln müssen, wie viele behinderte Patienten aus dem KBZO tatsächlich von Orthopäden im Raum R. behandelt oder beraten würden. Entsprechende Ermittlungen hätten eine verschwindend geringe Zahl an Patienten ergeben. Zwar hätten die von der Beklagten genannten Fachärzte, Orthopäden und Neurologen, grundsätzlich die Möglichkeit und Befugnis, diese körperbehinderten Patienten zu behandeln. Die ortsansässigen Kollegen seien aber offenbar nicht an der Behandlung behinderter Menschen interessiert, so dass sich bisher niemand um die Einrichtung gekümmert habe. Erst aufgrund seines Behandlungsangebotes werde Konkurrenz befürchtet und ein Interesse am KBZO vorgeschoben. Er könne in der von ihm angebotenen besonderen Sprechstunde zudem mehr Zeit für den einzelnen Patienten aufwenden als die Kollegen in den örtlichen Praxen. Auch die Behandlung der spastischen Gangstörung mit Botulinumtoxin könne von den örtlich niedergelassenen Kollegen aufgrund des Arzneimittelbudgets nicht gewährleistet werden, weshalb diese Patienten sofort an die entfernteren Spezialzentren verwiesen würden. Er hingegen schone sein Arzneimittelbudget dadurch, dass er am Vertragsarztsitz vorwiegend und mit gutem Erfolg manuelle Therapie anwende, so dass er die kostenintensiven Botulinumtoxin-Injektionen am KBZO ermöglichen könne. Er habe schon spezielle Erfahrungen im Umgang mit gangbehinderten Patienten erworben. Während seiner Zeit als Oberarzt in einem Krankenhaus und als Konsiliararzt an einem Kinderzentrum sei er im Bereich der "instrumentellen Ganganalyse" tätig gewesen. Er habe schon etliche berufliche Stationen, Fortbildungen und Kongresse zu diesem Thema belegt. Aufgrund dieser Erfahrungen sei es ihm in besonderer Weise möglich, die behinderten Kinder bzw. deren Eltern bei der Beschreibung von Behandlungswegen zu beraten. Er erwäge auch die Einrichtung eines sogenannten Ganglabors im KBZO. Darüber hinaus werde von betroffenen Eltern mitgeteilt, dass eine ortsnahe Betreuung der behinderten Kinder eine große Erleichterung darstellen würde, da die langen Reisen zu den Spezialzentren mühsam und für die Patienten belastend sei. Da die Eltern ihre Kinder in der Regel selbst begleiten wollten, komme es auch auf die Möglichkeiten und Kapazitäten des Fahrdienstes des KBZO nicht an.

Das Sozialgericht wies die Klage mit Urteil vom 19.05.2011 ab. Die Beklagte habe den Betrieb einer orthopädischen Nebenbetriebsstätte am K. O. in W. zu Recht abgelehnt. Eine Zweigpraxisgenehmigung setze nach § 24 Abs. 3 S. 1 der Zulassungsverordnung für Ärzte (Ärzte-ZV) eine Versorgungsverbesserung der Versicherten an einem weiteren Ort voraus, ohne dass es zur Beeinträchtigung der ordnungsgemäßen Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes komme. Erforderlich sei nicht zwingend das Bestehen einer ausgleichsbedürftigen Versorgungslücke, sondern lediglich eine "Verbesserung" der Versorgung. Eine den Anforderungen an Ermächtigungen und Sonderbedarfszulassungen vergleichbare Bedarfsprüfung erfordere die Zweigpraxisgenehmigung deshalb nicht. Eine Versorgungsverbesserung könne in qualitativer Hinsicht vorliegen, wenn der in der Zweigpraxis tätige Arzt ein differenziertes Leistungsspektrum anbiete, etwa eine besondere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode. Eine Versorgungsverbesserung könne auch in quantitativer Hinsicht dadurch erfolgen, dass durch das erhöhte Leistungsangebot Wartezeiten verringert würden oder etwa besondere Abend- oder Wochenendsprechstunden angeboten würden. Während einerseits minimale, für die Versicherten kaum spürbare Veränderungen für eine Verbesserung nicht ausreichten, dürften die Anforderungen jedoch andererseits nicht so hoch gespannt werden, dass der beabsichtigte Zweck einer Förderung der Filialtätigkeit verfehlt werde. Auf die vormals geforderte Erforderlichkeit der Zweigpraxis dürfe daher nicht abgestellt werden. Innerhalb dieser Grenzen stehe den Zulassungsgremien ein Beurteilungsspielraum zu. Die Entscheidung der Beklagten halte sich im Rahmen dieses Beurteilungsspielraums. Zwar habe sie diesen zunächst zu eng gefasst, indem sie eine kleinräumige Bedarfsplanung allein hinsichtlich der Frage durchgeführt habe, ob die Versorgung der Versicherten im Umkreis der geplanten Nebenbetriebsstätte gesichert sei. Sie habe im gerichtlichen Verfahren ihre Begründung allerdings dahingehend erweitert, dass auch ohne bedarfsplanungsrechtliche Gesichtspunkte durch die Genehmigung der Nebenbetriebsstätte keine relevanten Vorteile für die Versicherten entstehen würden. Eine Verbesserung der Versorgung durch die beantragte Nebenbetriebsstätte sei weder in qualitativer noch in quantitativer Hinsicht zu erkennen. Den Patienten des KBZO sei es zumutbar, die bereits bestehenden, zum Teil weniger als 5 km entfernten Praxen aufzusuchen. Die Versorgung durch die niedergelassenen Orthopäden sei auch tatsächlich sichergestellt. Bei der Befragung durch die Beklagte habe einer der Orthopäden angegeben, die Heimbewohner erhielten bei ihm innerhalb kürzester Zeit einen Termin. Drei weitere Ärzte hätten mitgeteilt, dass sie Heimbewohner behandelten und deren orthopädische Versorgung vor Ort sichergestellt sei. Wenn im Einzelfall die Versorgung abgelehnt worden sei, sei dies nicht ausschlaggebend für die gesamte Versorgungssituation vor Ort. Sofern das örtliche Behandlungsangebot von den Eltern der körperbehinderten Patienten nicht wahrgenommen werde, weil sie eine Behandlung in entfernter liegenden Fachkliniken bevorzugten, spreche dies nicht für eine mangelnde Versorgung vor Ort, sondern könne auch durch den elterlichen Wunsch nach bestmöglicher Versorgung ihrer Kinder begründet sein. Die Beschränkung des Versorgungsangebots auf die Heimbewohner des KBZO führe im Übrigen schon deshalb nicht zu einer Versorgungsverbesserung im Sinne der Zulassungsverordnung, weil eine verbesserte Erreichbarkeit nicht für einen "weiteren Ort", sondern nur für eine ganz kleine Gruppe von Versicherten entstehe. Auch in qualitativer Hinsicht könne die begehrte Genehmigung der

Nebenbetriebsstätte nicht zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Der Kläger beabsichtigte, in seiner Zweigpraxis die Konsultationskomplexe der Gebührennummern 18211 und 18220 EBM sowie Botulinumtoxin-Injektionen zu erbringen. Dieses Leistungsspektrum entspreche dem üblichen Angebot orthopädischer und neurologischer Praxen und decke sich daher mit dem Versorgungsangebot der vor Ort ansässigen Orthopäden und Neurologen. Keine Berücksichtigung könne dabei der Umstand finden, dass der Kläger eine optimierte, über die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Patienten hinausgehende Behandlung beabsichtige. Die von ihm in Aussicht gestellte, besonders zeitintensive Behandlung der Patienten überschreite ebenso wie die verbesserte Diagnostik durch ein Ganglabor den Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Verbesserung der Versorgung gesetzlich krankenversicherter Patienten könne damit nicht begründet werden. Gleiches gelte für die vom Kläger angeführte besondere fachliche Qualifikation. Ein Nachweis im Sinne einer Weiterbildung nach der Weiterbildungsordnung sei vom Kläger nicht erbracht worden. Ein Verzicht auf entsprechende Nachweise hätte aber zur Folge, dass auch in überversorgten Gebieten demjenigen eine Zweigniederlassung genehmigt werden müsse, der sich selbst auf einen Kenntnis- oder Erfahrungshintergrund berufe, der ihn aus der "formal" gleich qualifizierten Fachgruppe herausheben würde.

Gegen das seinen Bevollmächtigten am 15.06.2011 zugestellte Urteil hat der Kläger am 13.07.2011 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt er aus, das Sozialgericht habe zu Unrecht die Angaben der niedergelassenen Kollegen zu Grunde gelegt. Deren Äußerungen seien offensichtlich von ihren vermeintlichen wirtschaftlichen Interessen geleitet. In einer herkömmlichen Praxis sei es nicht möglich, körperbehinderte Patienten in der Intensität zu behandeln, wie es ihm in der geplanten Zweigpraxis möglich sei. Bei der Komplexität eines bewegungsgestörten Menschen sei es offensichtlich, dass in einem herkömmlichen Praxisbetrieb eine "ausreichende und zweckmäßige" Versorgung nicht möglich sei. Der Aufwand, den zu betreiben er in der Lage sei, sei daher auch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung als angemessen zu betrachten und nicht als darüber hinaus gehende optimale Versorgung, selbst wenn er keine speziellen Abrechnungsziffern zur Anwendung bringen könne. Zudem habe sich ihm zwischenzeitlich in einer örtlichen Klinik in W. die Möglichkeit eröffnet, als Belegarzt zu operieren. Er könne daher auch andere Ziffern zur Abrechnung bringen, die von den ortsansässigen Kollegen nicht verwandt würden. Bei diesen bestünden auch mit Sicherheit keine Ambitionen, körperbehinderte Patienten zu operieren. Zu Unrecht verlange das Sozialgericht einen formalen Nachweis seiner Zusatzqualifikation. Eine solche gebe es für das Gebiet der Körperbehinderung nicht. Eine entsprechende Unterspezialisierung lasse sich mit dem Begriff "Neuroorthopädie" bezeichnen, wobei es sich aber nicht um eine Facharztanerkennung handele. Seine spezielle Berufserfahrung müsse daher als Qualifikationsnachweis ausreichen. Es sei nicht nachvollziehbar, warum das Sozialgericht den Aussagen der niedergelassenen Kollegen entscheidendes Gewicht beimesse, nicht hingegen aber den Aussagen der Patientenfamilien. Sein Ziel sei es, diesen Familien in der Region eine Versorgung anzubieten, die diese bisher nur in entfernten Behandlungszentren finden könnten, um ihnen die weiten Anfahrtswege zu ersparen. Das Verhalten der Familien zeige gerade, dass es entsprechende Behandlungsangebote in der Region bisher nicht gebe. Zudem sei es ein Missverständnis, wenn das Gericht davon ausgehe, dass er nur Schüler des KBZO in der Zweigniederlassung behandeln wolle. Geplant sei vielmehr ein Behandlungsangebot für alle Körperbehinderten in der Region. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts und der Beklagten stelle auch die von ihm geplante Behandlung mit Botulinumtoxin-Injektionen eine Versorgungsverbesserung dar, da die ortsansässigen Kollegen aufgrund der Arzneimittelbudgetierung hierzu nicht in der Lage seien. Er habe in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht nochmals schlüssig erklärt, warum ihm diese Behandlungen möglich seien, ohne sein Medikamenten-Budget zu überschreiten. Zudem werde er besonders schonende Behandlungsmethoden für die Behinderten anbieten und auch insoweit eine Versorgungsverbesserung bieten können. Er entwickle in Zusammenarbeit mit der Hochschule Furtwangen spezielle Bewegungsschienen, die der Behandlung von Gelenkversteifungen dienen. Damit sei es möglich, viele Operationen zu vermeiden. Ein Prototyp dieser Schiene liege bereits vor. Er könne daher schonendere Behandlungsmethoden am Zweigsitz in der Nähe der Patienten anbieten. Darüber hinaus bestehe auch die Besorgnis der Befangenheit gegen einen ehrenamtlichen Richter, der an der erstinstanzlichen Entscheidung mitgewirkt habe, da dieser ein hochrangiger Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung sei.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 19.05.2011 und den Bescheid der Beklagten vom 17.09.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.05.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Genehmigung zum Betrieb einer orthopädischen Nebenbetriebsstätte im K. O. zu erteilen,

hilfsweise seinen Antrag vom 24.02.2008 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie macht geltend, die Befragung der im Umkreis des KBZO niedergelassenen Orthopäden habe ergeben, dass die Versorgung der Körperbehinderten auch ohne die Zweigniederlassung des Klägers gesichert sei. Allein aufgrund der entgegenstehenden Behauptungen des Klägers in seiner Berufungsbegründung bestünden keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür, an der Richtigkeit der Angaben der befragten Ärzte zu zweifeln. Die vom Kläger geplante sehr viel zeitintensivere Betreuung der behinderten Patienten gehe in Richtung einer optimalen Versorgung und könne daher keine Versorgungsverbesserung im Rahmen des GKV-Standards bewirken. Auch die Behandlung der Patienten im Ganglabor könne ebenso wenig wie die Behandlung mit der vom Kläger entwickelten Bewegungsschiene im Rahmen der Gebührenziffern der GKV abgerechnet werden, was belege, dass die Standardversorgung damit überschritten sei. Soweit der Kläger auf die Möglichkeit hingewiesen habe, nunmehr in W. ambulant operieren zu können, schließe dies nicht aus, dass dies den ortsansässigen Kollegen nicht ebenfalls möglich sei. Wenn der Kläger deren Interesse an solchen Operationen abstreite, so stelle dies eine rechtlich nicht relevante, reine Spekulation dar. Ohnehin spreche die Möglichkeit ambulanter Operationen in W. nicht für eine Versorgungsverbesserung am Ort der geplanten Nebenbetriebsstätte. Da der Kläger beabsichtige, am Ort der Nebenbetriebsstätte ein Behandlungsangebot für alle Körperbehinderten der Region aufzubauen, so stelle dies den Charakter einer Nebenbetriebsstätte ebenso in Frage wie die Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes. Dies gelte umso mehr vor dem Hintergrund, dass der Kläger auch beabsichtige, ambulant an einer Klinik in W. zu operieren. Bezüglich der Botulinumtoxin-Behandlungen sei bereits dargelegt worden, dass diese auch durch die vor Ort ansässigen Orthopäden und Neurologen angeboten und vorgenommen würden. Eine qualitative Versorgungsverbesserung könne der Kläger damit nicht geltend machen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrags der Beteiligten wird auf die zur Sache gehörenden Verwaltungsakten der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG- statthaft und gemäß [§ 151 SGG](#) auch sonst zulässig. Sie ist aber nicht begründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 17.09.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.05.2009 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Genehmigung einer orthopädischen Nebenbetriebsstätte am K. O. in W ...

Das Sozialgericht hat zutreffend in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte entschieden, da es sich bei der streitgegenständlichen Genehmigung der Nebenbetriebsstätte um eine Angelegenheit der Vertragsärzte i.S.v. [§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#) handelt. Die Befangenheitsrüge des Klägers, die er in seiner Berufungsbegründung gegen einen der mitwirkenden ehrenamtlichen Richter erhoben hat, greift nicht, da ein nach Beendigung der Instanz gestelltes Ablehnungsgesuch unzulässig ist. Der Kläger hat sich in Kenntnis der nunmehr beanstandeten Funktion des ehrenamtlichen Richters in die Verhandlung vor dem Sozialgericht eingelassen und damit sein Ablehnungsrecht verloren (Mayer-Ladewig, Kommentar zum SGG, 10.Aufl., § 60 RdNr. 10b, 11f. m.w.N.).

Die Berufung hat auch in der Sache keinen Erfolg. Die Voraussetzungen für die Erteilung einer Zweigpraxisgenehmigung am K. O. (KBZO) in W. sind nicht erfüllt.

Rechtsgrundlage für die Erteilung einer Genehmigung zum Betreiben einer Zweigpraxis ist § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 2 Zulassungsordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) in der zum maßgeblichen Zeitpunkt der Entscheidung des Senats geltenden Fassung vom 22.12.2011. Nach dieser Regelung, die ihre gesetzliche Grundlage in [§ 98 Abs. 2 Nr. 13 SGB V](#) hat, setzt die Genehmigung voraus, dass (1.) die Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort verbessert und (2.) die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird. Diese Regelung wurde in der ab dem 01.01.2012 geltenden Fassung vom 22.12.2011 durch einen zweiten Halbsatz ergänzt, wonach geringfügige Beeinträchtigungen der Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes unbeachtlich sind, wenn sie durch die Verbesserung der Versorgung an dem weiteren Ort aufgewogen werden. Mit dieser Ergänzung hat der Verordnungsgeber klargestellt, dass bei der Entscheidung über die Genehmigung nicht schematisch auf die Entfernung zwischen dem Vertragsarztsitz und der Zweigpraxis oder auf die erforderliche Fahrzeit abzustellen ist. Vielmehr stehen die beiden Voraussetzungen für die Genehmigung einer Zweigpraxis - Versorgungsverbesserung am neuen Tätigkeitsort und Gewährleistung der Versorgungspräsenz am Vertragsarztsitz - in einem gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnis. Die Frage, ob die Versorgung am Vertragsarztsitz gewährleistet ist, lässt sich regelmäßig erst dann beurteilen, wenn feststeht, mit welchem zeitlichen Einsatz die Versorgung an dem weiteren Tätigkeitsort verbessert werden soll (Gesetzesbegründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz), [BT-Drucksache 17/6909 S. 105](#)). In der Gesetzesbegründung wird ferner darauf abgestellt, dass durch die Aufhebung der Residenzpflicht in § 24 Abs. 2 Ärzte-ZV auch die Pflicht des Vertragsarztes entfällt, seinen Vertragsarztsitz außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten in angemessener Zeit erreichen zu können. Die Ergänzung in § 24 Abs. 3 Nr. 2 Ärzte-ZV hat nach dem Willen des Gesetzgebers zum Ziel, den Genehmigungsbehörden die nötige Flexibilität einzuräumen, um die Eröffnung von Zweigpraxen vor allem dort zu genehmigen, wo dies zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung und zur Vermeidung von Unterversorgung besonders sinnvoll ist ([BT-Drucksache 17/6909](#), a.a.O.).

Bei der Entscheidung, ob die Versorgung der Versicherten an dem weiteren Ort verbessert und ob die ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten am Ort des Vertragsarztsitzes nicht beeinträchtigt wird, hat die mit der Entscheidung über die Genehmigung der Zweigpraxis befassende Behörde einen Beurteilungsspielraum (vgl. [BSGE 105, 10 = SozR 4-5520 § 24 Nr.3](#), RdNr. 53 f. und BSG Urteile vom 09.02.2011 - [B 6 KA 3/10 R](#), [B 6 KA 7/10 R](#), [B 6 KA 12/10 R](#) und [B 6 KA 49/09 R](#)-). Die Ausübung dieser Beurteilungsermächtigung ist nur eingeschränkt gerichtlich nachprüfbar. Ein derartiger Spielraum wird den Zulassungsgremien insbesondere bei der Bewertung zugebilligt, ob und inwieweit ein - für eine Ermächtigung wie für eine Sonderbedarfszulassung erforderlicher - besonderer Versorgungsbedarf besteht (vgl. z. B. BSG, Urteil vom 8. Dezember 2010 - [B 6 KA 36/09 R](#) - Rdnr. 16 ff.). Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben bei der Prüfung des Tatbestandsmerkmals der Versorgungsverbesserung eine Vielzahl von versorgungs- und regionalstrukturellen Aspekten zu berücksichtigen und in ihrem Zusammenspiel zu gewichten und gegeneinander abzuwägen. Dabei sind gegebenenfalls die Vor- und Nachteile der beabsichtigten Versorgung in der Zweigpraxis gegenüberzustellen und eine wertende Entscheidung darüber zu treffen, welche Gesichtspunkte letztlich ausschlaggebend sind. Die gerichtliche Überprüfung der Entscheidungen beschränkt sich darauf, ob die mit der Entscheidung betrauten Behörden den zugrunde liegenden Sachverhalt hinreichend aufgeklärt und zu den für maßgeblich gehaltenen Umständen ausreichende Ermittlungen angestellt haben und hieraus vertretbare Schlussfolgerungen abgeleitet haben (vgl. BSG, Urteil vom 02.09.2009 - [B 6 KA 34/08 R](#)- in Juris). Soweit diesen Anforderungen entsprochen worden ist, sind die Gerichte nicht berechtigt, ihre Entscheidung an die Stelle der angefochtenen Entscheidung zu setzen.

Eine "Verbesserung der Versorgung" i. S. des § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Ärzte-ZV durch die Genehmigung einer Zweigpraxis ist nach der genannten höchstrichterlichen Rechtsprechung im Falle von Unterversorgung stets als Versorgungsverbesserung anzusehen, während andererseits in ausreichend versorgten Gebieten das bloße Hinzutreten eines weiteren Behandlers - ungeachtet der damit verbundenen Erweiterung der Möglichkeiten der Arztwahl - noch keine Verbesserung der Versorgung darstellt, wie sich bereits unmittelbar aus dem Wortlaut des § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV erschließt. Bedarfsplanungsgesichtspunkte für den Ort der Zweigpraxis spielen dabei keine Rolle. Erforderlich, aber auch ausreichend ist es, dass das bestehende Leistungsangebot an dem "weiteren Ort", an dem die Zweigpraxis betrieben werden soll, zum Vorteil für die Versicherten in qualitativer - unter bestimmten Umständen aber auch in quantitativer - Hinsicht erweitert wird. Eine qualitative Versorgungsverbesserung kann dann gegeben sein, wenn der in der Zweigpraxis tätige Vertragsarzt im Vergleich zu den bereits vor Ort tätigen Ärzten über andere qualifikationsgebundene Genehmigungen nach [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) verfügt, ein differenzierteres Leistungsspektrum anbietet oder wenn er eine besondere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode anbietet, die z. B. besonders schonend ist oder bessere Diagnoseergebnisse liefert (so BSG, Urteil vom 09.02.2011 - [B 6 KA 49/09 R](#) -). Eine lediglich quantitative Erweiterung des bestehenden Versorgungsangebots kommt etwa dann als Verbesserung i. S. des § 24 Abs. 3 Satz 1 Ärzte-ZV in Betracht, wenn durch das erhöhte Leistungsangebot Wartezeiten verringert werden, die - z. B. wegen einer ungleichmäßigen Verteilung der Leistungserbringer im Planungsbereich - bei den bereits vor Ort niedergelassenen Ärzten bestehen. Als Versorgungsverbesserung können auch besondere organisatorische Maßnahmen angesehen werden, wie das Angebot von Abend- und Wochenendsprechstunden (BSG a.a.O.).

Die Entscheidung der Beklagten ist nach diesen Maßstäben nicht zu beanstanden. Sie hat, wie bereits das Sozialgericht zutreffend festgestellt hat, beurteilungsfehlerfrei eine Verbesserung der Versorgung durch die geplante orthopädische Zweigpraxis am KBZO in W. verneint.

Die Beklagte hat im Rahmen ihres Beurteilungsspielraums in nicht zu beanstandender Weise darauf abgestellt, dass weder eine qualitative noch eine quantitative Versorgungsverbesserung in dem für Orthopäden gesperrten Landkreis R. durch die vom Kläger geplante Zweigpraxis eintreten wird. Dabei hat sie zugrunde gelegt, dass dort ein Versorgungsgrad von 152,5 % für die fachärztlich-orthopädische Versorgung und damit keine Unterversorgung besteht. Sie ist vor diesem Hintergrund zu Recht davon ausgegangen, dass für die Kinder und Jugendlichen des KBZO eine ausreichende orthopädische Versorgung gewährleistet sei und die Nebenbetriebsstätte daher lediglich ein zusätzliches Angebot darstellen würde. Die Angaben der von der Beklagten befragten niedergelassenen Orthopäden tragen diese Einschätzung. Sieben der zehn befragten Fachärzte haben bestätigt, noch Behandlungskapazitäten frei zu haben, vier davon haben ausdrücklich angegeben, dass auch Patienten aus dem KBZO behandelt würden.

Wenn der Kläger dem entgegen setzt, bei den niedergelassenen Orthopäden bestehe kein Interesse an der Behandlung der Körperbehinderten, so dass diese vor Ort nicht erfolge, bewegt er sich auf der Basis von Mutmaßungen, denen die Angaben der niedergelassenen Kollegen entgegenstehen. In einem gewissen Widerspruch hierzu steht aber auch sein eigener Vortrag, in der geplanten Zweigpraxis eine stark spezialisierte Behandlung vor allem der spastischen Gangstörungen und der Arthrogryposis durchführen zu wollen, so dass eine Benachteiligung der ortsansässigen Kollegen gar nicht eintrete. Gegenstand der von ihm angebotenen Behandlung soll nach seinen Angaben in erster Linie die Beratung der Patienten und ihrer Eltern sein, welche Art der Gangstörung vorliege und welche Behandlungsmöglichkeiten bestünden. Insoweit beschränkt sich der Antrag des Klägers auch auf die Genehmigung des Konsultationskomplexes der orthopädischen Gebührensätze (18211 EBM und 18220 EBM, letztere ab EBM 2008 nicht mehr existent). Der Kläger will ferner Behandlungen mit Botulinumtoxin-Injektionen durchführen und die Anwendung von Bewegungsschienen zur Behandlung von Gelenkversteifungen anbieten, an deren Entwicklung er selbst mitarbeitet.

Die Beklagte hat aber auch vor dem Hintergrund dieser vom Kläger dargelegten, spezialisierten Behandlung der Körperbehinderten eine Versorgungsverbesserung verneint, ohne damit die Grenzen ihres Beurteilungsspielraums zu überschreiten. Sie hat insoweit darauf abgestellt, dass der Kreis der Patienten nur sehr begrenzt sei, und sich allein deshalb keine relevante Versorgungsverbesserung an dem "weiteren Ort" ergebe.

Diese Argumentation hält der Senat für sachlich gerechtfertigt. Die vom Kläger angestrebte spezialisierte Beratung und Behandlung eines speziellen Patientenkreises gehört zu den Aufgaben überörtlicher Behandlungszentren, die auf der Basis einer Vielzahl von Patienten Erfahrungswerte erheben und auswerten können. Der Kläger hat insoweit auch selbst eingeräumt, in erster Linie Beratungen erbringen zu wollen, weil die Behandlung der Körperbehinderten in Spezialzentren erfolgen müsse. Entsprechende Spezialbehandlungen müssen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht flächendeckend ortsnah angeboten werden. Nach der Rechtsprechung des BSG kommt den Gesichtspunkten der Qualität der Versorgung und deshalb auch den Qualifikationen der Leistungserbringer vielmehr ein so hoher Rang zu, dass es grundsätzlich nicht zu beanstanden ist, wenn daran anknüpfende Anforderungen dazu führen, dass die Patienten für eine speziellere und qualitativ hochwertigere Versorgung auch längere Wege in Kauf nehmen müssen (BSG, Urteil vom 09.04.2008 - [B 6 KA 40/07 R](#) - m.w.N. in Juris). Das BSG nimmt dies auch für Behandlungsfälle von Kindern an (BSG, Urteil vom 02.09.2009 - [B 6 KA 34/08 R](#) -). Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Beklagte in dem Behandlungsangebot des Klägers in der geplanten Zweigpraxis bei einem sehr begrenzten Patientenkreis und nur eingeschränkten Sprechzeiten lediglich eine Optimalversorgung eines sehr kleinen Versichertenkreises sieht, die den Patienten und ihren Eltern - zunächst - den Weg in weiter entfernte Behandlungszentren erspart. Die Beklagte hat hierzu nachvollziehbar dargelegt, dass eine derartige Optimalversorgung nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenkassen ist, und eine Versorgungsverbesserung im Sinne von § 24 Abs. 3 Satz 1 Arzt-ZV sich damit nicht begründen lässt. Sofern der Kläger hierzu noch vorträgt, das Behandlungsangebot richte sich auch an alle übrigen Körperbehinderten der Region, erweitert dies den angesprochenen Versichertenkreis ebenfalls in nur begrenztem Umfang.

Der Kläger kann auch mit dem Argument, er könne den Körperbehinderten in der Zweigpraxis eine zeitintensivere Behandlung zukommen lassen als die ortsansässigen Kollegen, nicht durchdringen. Insoweit bewegt er sich im Bereich reiner Mutmaßungen, ebenso wie mit seiner Behauptung, nur er könne die Botulinumtoxin-Injektionen über sein Arzneimittelbudget finanzieren, was den anderen im Raum W. niedergelassenen Orthopäden nicht möglich sei. Dieser Vortrag ist weder belegt noch sonst objektivierbar, so dass es der Senat für sachlich gerechtfertigt hält, wenn die Beklagte rein abstrakt darauf abstellt, dass derartige Injektionen von den niedergelassenen Orthopäden in gleicher Weise erbracht werden dürfen und darüber hinaus diese Behandlungen auch durch sechs niedergelassene Neurologen angeboten werden können.

Der geplante Einsatz von Bewegungsschienen zur Behandlung von Gelenkversteifungen stellt allenfalls eine Erprobung neuer Heil- und Hilfsmittel dar, so dass die Beklagte nach Auffassung des Senates auch unter diesem Gesichtspunkt beurteilungsfehlerfrei Bedenken hinsichtlich der Zugehörigkeit zum Leistungskatalog der Heilmittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung geäußert und deshalb eine Versorgungsverbesserung verneint hat.

Der Kläger verfügt auch nicht im Vergleich zu den bereits vor Ort tätigen Ärzten über andere qualifikationsgebundene Genehmigungen nach § 135 Abs. 2 SGB V oder Zusatzqualifikationen nach der Weiterbildungsordnung. Zwar hat er dargetan, sich mit der Behandlung von Körperbehinderten in seinem bisherigen Tätigkeitsspektrum bereits ausführlich befasst zu haben. Einen förmlichen Nachweis über eine Zusatzqualifikation, die ihn objektivierbar vom Kreis der ortsansässigen Orthopäden unterscheidet, hat er aber nicht erbracht. Auf seine subjektive Einschätzung der eigenen Qualifikation kommt es, worauf auch das Sozialgericht zutreffend abgestellt hat, nicht an.

Wenn der Kläger schließlich darlegt, er könne sich die zeitaufwendige, wirtschaftlich wenig lukrative Behandlung der Körperbehinderten aufgrund einer wirtschaftlich günstigen Gestaltung seiner Praxis am Vertragsarztsitz in S. leisten, und strebe an, sich als Experte auf dem Gebiet der Behandlung von spastischen Gangstörungen und Arthrogryposis in der internationalen Fachdiskussion zu etablieren, kann dies seine Motivationslage für die beabsichtigte Zweigpraxis zwar erklären, zugleich räumt der Kläger aber damit ein, dass die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Zweigpraxis eher zweifelhaft sein dürfte. Eine Versorgungsverbesserung am Ort der Zweigpraxis kann er mit diesen Darlegungen jedenfalls nicht begründen.

Fehlt es somit an tragfähigen Aspekten für eine Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung am Ort der beantragten Zweigpraxis, so bleibt es unschädlich, dass die Beklagte eine Versorgungsverbesserung auch unter dem Gesichtspunkt der Entfernung zwischen der Zweigarztpraxis in W. und der Vertragsarztpraxis in S. verneint hat. Diesem Argument kann nach dem Wegfall der Residenzpflicht in § 24 Abs. 2 Ärzte-ZV keine maßgebliche Bedeutung mehr zukommen. Auch ohne dieses Begründungselement tragen die Ausführungen der Beklagten aber aus den genannten Gründen die Ablehnung einer Versorgungsverbesserung. Ist damit die Voraussetzung des § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Ärzte-ZV nicht erfüllt, bedarf es keiner Abwägung mit einer etwaigen Beeinträchtigung der Versorgung am Vertragsarztsitz nach § 24 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 Ärzte-ZV mehr. Auch insoweit ist die Beurteilungsentscheidung der Beklagten daher nicht zu beanstanden.

Die Berufung des Klägers bleibt daher ohne Erfolg.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 2 GKG](#) (vgl. C. X. Ziff. 16.12 des Streitwertkatalogs für die Sozialgerichtsbarkeit, 4. Aufl. 2012: dreifacher Regelstreitwert).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-10-10