
S 12 KA 230/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Vertragsärztliche Versorgung – Bedarfsplanung der spezialisierten fachärztlichen Versorgung – Sonderbedarfszulassung – fehlende Erreichbarkeit anderer Praxen in 45 Minuten – datenschutzrechtliche Zulässigkeit der Ermittlung von Fallzahlen konkurrierender Praxen durch das Zulassungsgremium
Leitsätze	1. Ärzten aus Arztgruppen, die in der Bedarfsplanung der spezialisierten fachärztlichen Versorgung zugeordnet sind, kann eine Sonderbedarfszulassung nur erteilt werden, wenn die Patienten Behandlungsangebote in anderen Praxen dieser Fachrichtung nicht innerhalb von 45 Minuten erreichen können. 2. Zulassungsgremien sind durch datenschutzrechtliche Bestimmungen nicht gehindert, zur Beurteilung eines Sonderbedarfs die Fallzahlen von konkurrierenden Praxen, die freie Kapazitäten angegeben haben, auch ohne deren Einverständnis über die Kassenärztliche Vereinigung zu ermitteln, wenn nach Auswertung aller anderen Umstände ein Sonderbedarf weder offensichtlich vorliegt noch offensichtlich ausscheidet.
Normenkette	SGB I § 35 Abs 4 ; SGB V § 77 ; SGB V § 92 Abs 1 S 2 Nr 9 ; SGB V § 95 Abs 2 ; SGB V § 101 Abs 1 S 1 Nr 3 ; SGB V § 103 ; SGB V § 285 ; SGB X § 67 Abs 2 S 1 ; SGB X § 67 Abs 2 S 2 ; SGB X § 67a Abs 1 S 1 ; ÄBedarfspIRL § 12 Abs 1; ÄBedarfspIRL §

13; ÄBedarfspIRL § 35 Abs 5 S 2;
ÄBedarfspIRL § 36 Abs 3; ÄBedarfspIRL §
36 Abs 4 S 4; ÄBedarfspIRL § 37 Abs 1;
ÄBedarfspIRL § 37 Abs 2; ÄBedarfspIRL §
37 Abs 3; ÄBedarfspIRL § 53; Ärzte-ZV §
19 Abs 1 S 2; EUV 2016/679 Art 2 Abs 2
Buchst a; EUV 2016/679 Art 4 Nr 1; EUV
2016/679 Art 4 Nr 2; EUV 2016/679 Art 6
Abs 1 Buchst c; EUV 2016/679 Art 6 Abs 2

1. Instanz

Aktenzeichen S 12 KA 230/18
Datum 15.01.2020

2. Instanz

Aktenzeichen -
Datum -

3. Instanz

Datum 17.03.2021

Ä

Auf die Revision der KlÄgerin werden das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 15.Ä Januar 2020 sowie der Bescheid des Beklagten vom 28.Ä Juni 2018 (Beschluss vom 9.Ä Mai 2018) aufgehoben. Der Beklagte wird verpflichtet, Ä¼ber den Widerspruch der KlÄgerin gegen den Bescheid des Zulassungsausschusses vom 30.Ä August 2017 (Beschluss vom 27.Ä Juni 2017) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Der Beklagte trÄgt die Kosten des Rechtsstreits mit Ausnahme der auÄergerichtlichen Kosten der Beigeladenen in beiden RechtszÄ¼gen.

Der Streitwert fÄ¼r das Revisionsverfahren wird auf 288Ä 528Ä Euro festgesetzt.

Ä

G r Ä¼ n d e :

I

Ä

1

Die Beteiligten streiten um die ErÄ¶hung des Umfangs einer genehmigten

Arztanstellung von 20 auf 40 Wochenstunden wegen Sonderbedarfs.

Ä

2

Die klagende GmbH ist Trägerin des A Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) S (im Folgenden: MVZ S) mit Praxissitz in S im Planungsbereich Nordhessen. Der einzige bei ihr im Umfang von 20 Wochenstunden angestellte Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie Dr. B ist daneben im Umfang von weiteren 20 Wochenstunden als leitender Oberarzt bei den A S Kliniken in S sowie (seit 1.7.2019) mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 6,25 Stunden im Gesundheits- und Pflegezentrum Al GmbH in Al tätig. Bis zum 30.6.2016 war Dr. B zudem mit 10 Wochenstunden im MVZ am O GmbH in H angestellt. In seiner Funktion als leitender Oberarzt nimmt Dr. B an der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) gemäß [§ 116b SGB V](#) betreffend onkologische Erkrankungen der Tumorgruppe 1 (Gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhlen) teil.

Ä

3

Den Antrag der Klägerin, die Anstellungsgenehmigung des Dr. B zur Deckung eines Sonderbedarfs um 20 Wochenstunden zu erhöhen, lehnte der Zulassungsausschuss, gestützt auf eine Stellungnahme der zu 1. beigeladenen Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV), ab (*Beschluss vom 27.6.2017, ausgefertigt am 30.8.2017*). Der beklagte Berufungsausschuss führte eine Umfrage bei zwölf Ärzten im Umkreis des MVZ S durch, holte eine erneute Stellungnahme der zu 1. beigeladenen KÄV ein und wies den Widerspruch der Klägerin zurück (*Beschluss vom 9.5.2018, ausgefertigt am 28.6.2018*). Ein qualifizierter Sonderbedarf liege nicht vor. Die Versorgung im hämatologisch-onkologischen Bereich sei durch die bestehenden Versorgungsangebote in der Raumordnungsregion Nordhessen sowie in den angrenzenden Planungsbereichen sichergestellt. Die durchgeführte Umfrage habe ergeben, dass mehrere Ärzte noch über freie Kapazitäten von bis zu 200 Patienten pro Quartal verfügten bzw. in der Lage seien, ihre Leistungen um 20 % zu steigern. Insbesondere die in B W niedergelassenen Onkologen Dr. S und Prof. Dr. R hätten wie in ähnlich gelagerten Fällen angegeben, eine zeitnahe Versorgung onkologischer Patienten sicherstellen zu können. Da das gesamte Abrechnungsvolumen der in der Raumordnungsregion Nordhessen niedergelassenen Hämatologen/Onkologen bei Herausrechnung des Leistungsvolumens der Klägerin bei 97,06 % des hessischen Durchschnitts liege, seien freie Kapazitäten im Bereich Hämatologie und Onkologie vorhanden. Die Tatsache, dass die Klägerin selbst überdurchschnittlich abrechne, zeige lediglich, dass die Patienten ungleich verteilt seien. Durch den häufigen Versorgungsauftrag des Dr. B existiere bereits ein wohnortnahes Angebot für die Patienten im Raum S. Ggf. habe die Klägerin bei Überlastung selbst für eine

Verteilung anfragender Patienten an weitere Leistungsanbieter Sorge zu tragen, insbesondere wenn die alternativen Versorgungsangebote für die anfragenden Patienten in ähnlicher Entfernung liegen wie die Praxis der Klägerin. Auch werde ein Teil der onkologischen Patienten am Standort S durch das dort bestehende ASV-Angebot versorgt.

Ä

4

Die dagegen erhobene Klage blieb erfolglos (*Urteil vom 15.1.2020*). Das SG hat zur Begründung ausgeführt, der Beklagte habe zutreffend den Bedarf für einen weiteren häftigen Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie verneint und dabei maßgeblich auf die Bedarfssituation am Standort der Praxis der Klägerin abgestellt. Grundsätzlich könnten im Rahmen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung den Patienten auch Wege über 25 km zugemutet werden. Zudem könne die Versorgung durch Ärzte in anliegenden Planungsbereichen bzw Raumordnungsregionen berücksichtigt werden. Dies folge insbesondere aus der Neudefinition der Planungsbereiche, mit der die Bindung an die Stadt- und Landkreise aufgegeben worden sei. Es sei daher nicht zu beanstanden, dass der Beklagte die Versorgung durch die in B W (Entfernung zum Standort der Klägerin 33 km) und in den angrenzenden Planungsbereichen niedergelassenen Onkologen bei der Beurteilung der vorhandenen Versorgungskapazitäten einbezogen habe. Der Beklagte habe durch eine Befragung der betreffenden Ärzte ermittelt, dass mehrere Ärzte noch über freie Kapazitäten von bis zu 200 Patienten pro Quartal verfügten bzw die Leistungen um 20 % steigern könnten, insbesondere die in B W niedergelassenen Onkologen. Dies stehe nicht im Widerspruch dazu, dass das gesamte Abrechnungsvolumen der in der Raumordnungsregion Nordhessen niedergelassenen Hämatologen/Onkologen bei Herausrechnung des Leistungsvolumens der Klägerin bei 97,06 % des hessischen Durchschnitts liege. Die ärztlicherseits genannten Kapazitäten würden durch die Abrechnungsstatistiken bestätigt, da Durchschnittszahlen keine Obergrenzen bezeichnen. Auch aus medizinischen Gründen seien die Wegstrecken für die Patienten zumutbar, da im Regelfall die kontinuierliche Betreuung der onkologischen Patienten durch Hausärzte oder andere Fachärzte erfolge. Notwendige Behandlungen durch Hämatologen/Onkologen seien im Regelfall nur in größeren zeitlichen Abständen erforderlich.

Ä

5

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision eine Verletzung des [§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) iVm [§ 36 Abs 1](#) der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die Bedarfsplanung sowie die Maßnahme zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (*Bedarfsplanungs-Richtlinie, im Folgenden BedarfsplRL*) sowie ihres

Rechts auf Berufsausübungsfreiheit aus Art 12 GG. Die ihren Antrag auf Erteilung einer weitergehenden Anstellungsgenehmigung ablehnende Entscheidung sei nicht auf ausreichend fundierte Ermittlungen gegründet worden. Es fehle damit an der erforderlichen Grundlage für die sachgerechte Ausfüllung des dem Beklagten zukommenden Beurteilungsspielraumes. Der Beklagte habe lediglich den Einzugsbereich der onkologischen Praxis der Klägerin ermittelt, eine Umfrage unter zwölf bereits zugelassenen Ärzten der Fachgruppe durchgeführt sowie die Berechnung des durchschnittlichen Abrechnungsvolumens der in der Raumordnungsregion Nordhessen niedergelassenen Hämatologen/Onkologen herangezogen. Eine Verifizierung und Wertung der Angaben der befragten Ärzte anhand ihres Abrechnungsvolumens sei nicht erfolgt. Auf Datenschutz könnten sich die betreffenden Praxen insofern nicht berufen. Die Ermittlung der Behandlungsfallzahlen einer Praxis durch die KVV sei rechtlich zulässig. Ä

Ä

6

Patienten mit einem internistischen onkologischen und hämatologischen Behandlungsbedarf aus S und den umliegenden Gemeinden hätten keinen anderen Zugang zur Versorgung als bei der Klägerin. Die Fallzahlen bewiesen, dass der Behandlungsbedarf nicht mit einer häftigen Anstellungsgenehmigung oder der Teilnahme an der ASV gedeckt werden könne. Versorgungsangebote in angrenzenden Planungsbereichen könnten nicht als versorgungsdeckend in Bezug auf die im südlichen Teil des Planungsbereichs Nordhessen lebenden Versicherten gewertet werden. Es sei im übrigen fraglich, ob die Zulassungsgremien überhaupt bestimmen dürften, welche Fahrtzeit und Entfernung für die Versicherten allgemein zumutbar sei, oder ob nicht das Verhalten der Versicherten den Bedarf im konkreten Einzelfall bestimme. Eine Zulassung oder Anstellungsgenehmigung im Wege des Sonderbedarfs sei zu erteilen, wenn die Versicherten einen realen Bedarf nach einer wohnortnahen Versorgung hätten und dieser Bedarf eine (weitergehende) Zulassung oder Anstellungsgenehmigung unerlässlich mache, ohne dass die wirtschaftliche Grundlage einer anderen Praxis tangiert werde. In diesem Fall bestehe für die Begrenzung der Berufsausübungsfreiheit der Klägerin kein Grund und ihr sei die Erweiterung der Anstellungsgenehmigung zu erteilen.

Ä

7

Hinsichtlich der Zumutbarkeit der Entfernung unterscheide die Rechtsprechung des BSG danach, ob es sich um allgemeine oder spezialisierte Leistungen handele. Zu Unrecht gehe das SG insofern davon aus, dass die Leistungen eines Facharztes für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie als spezialisierte Leistungen anzusehen seien, da nach der Änderung der Planungsbereiche alle Fachinternisten der spezialisierten fachärztlichen Versorgung zugeordnet seien. Diese Zuordnung besage allein, dass der GBA davon ausgegangen sei, dass der Einzugsbereich der

Fachinternisten der Größe einer Raumordnungsregion entspreche. Stelle sich heraus, dass der Einzugsbereich eines Schwerpunktes aus Versorgungsgründen kleiner sei, sei das Steuerungsinstrument des Sonderbedarfs einzusetzen. Aufgrund der hohen Behandlungsfrequenz und des Zustandes der Patienten müssten die Leistungen der Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie wohnortnah erbracht werden.

Ä

8

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 15.1.2020 sowie den Bescheid des Beklagten vom 28.6.2018 (Beschluss vom 9.5.2018) aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, über den Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid des Zulassungsausschusses vom 30.8.2017 (Beschluss vom 27.6.2017) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Ä

9

Der Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Ä

10

Ein Verstoß gegen die Amtsermittlungspflicht liege nicht vor. Er sei seiner Pflicht zur Aufklärung des Sachverhalts im Rahmen seiner Möglichkeiten im vollen Umfang nachgekommen. Insbesondere habe er die naturgemäß subjektiv beeinflussten und gefärbten Antworten der befragten Ärzte objektiviert und verifiziert. Aus dem Umstand, dass das Abrechnungsvolumen der übrigen in der Raumordnungsregion Nordhessen niedergelassenen Hämatologen/Onkologen bei 97,06 % des hessischen Durchschnitts liege, könne ohne Weiteres der Schluss gezogen werden, dass noch entsprechende freie Kapazitäten vorhanden seien. Weitergehende Ermittlungen seien nicht durchführbar. Die zu 1. beigefugte Karte könne ohne Zustimmung der betroffenen Ärzte keine konkreten Daten zu deren Fallzahlen oder Abrechnungsvolumina übermitteln. Zweck der Datenerhebung sei in erster Linie die Abrechnung der erbrachten Leistungen und keinesfalls die Bedarfsermittlung für konkurrierende Bewerber um eine Sonderbedarfszulassung. Zur Beurteilung der Bedarfssituation reiche es aus, die Auslastung der Gesamtheit der relevanten Leistungserbringer zu kennen.

Ä

11

Die starke Auslastung der Kfzgerin alleine reiche zur Begründung eines Sonderbedarfs nicht aus. Entscheidend sei, dass die Patienten aus S und Umgebung auf Versorgungsangebote in der Nähe verwiesen werden dürften, auch wenn diese teilweise in benachbarten Planungsbereichen liegen. Dies folge aus dem Wortlaut der BedarfspRL sowie systematischen Überlegungen. Mit dem Absehen von Landkreisen als Planungsbereich für alle Arztgruppen habe der Gesetzgeber eine unterschiedliche Versorgungsdichte in Abhängigkeit von den Facharztgruppen intendiert. Für die hier streitige spezialisierte fachärztliche Versorgung sei der größere Planungsbereich der Raumordnungsregion geschaffen worden. Hieraus folge zwingend, dass auch größere Wegstrecken als 25 km in Kauf zu nehmen seien. Die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung auch im ländlichen Raum für die Versicherten legitimiere die Einschränkung der Berufsfreiheit der Kfzgerin. Durch die Bedarfsplanung müsse eine die gesamte Fläche möglichst gleichmäßig abdeckende spezialisierte fachärztliche Versorgung sichergestellt werden. Konzentrationen an einer Stelle seien zu vermeiden.

Ä

12

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

Ä

13

Die zu Ä 1. beigeladene KfzV trägt vor, sie habe das durch die Umfrage der Beklagten erstellte Meinungsbild der hematologische/onkologische Leistungen erbringenden Internisten auf Plausibilität, Widerspruchsfreiheit in sich und letztlich auf Nachvollziehbarkeit überprüft. Dabei habe sie auch die in ihr vorliegenden Fallzahlen (Abrechnungsdaten) der Ärzte mit der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe verglichen. Ebenso habe sie die Wohnorte einzelner Patienten sowie die Einzugsbereiche einzelner Praxen ermittelt. Die so gewonnenen Erkenntnisse habe sie im Rahmen ihrer Stellungnahme in das Verfahren eingebracht. Die zur Verfügung gestellten anonymisierten Daten seien notwendig, jedoch auch ausreichend, um dem Beklagten als sachkundig besetztem Gremium eine hinreichende, angemessene Sachverhaltsgrundlage für eine Bewertung und Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Für eine Offenlegung individualisierbarer Abrechnungs- und Honorardaten sowie Fallzahlen einzelner Ärzte fehle eine Rechtsgrundlage im SGB.

Ä

II

Ä

14

Die zulässige Revision der Klägerin hat Erfolg. Der Bescheid des Beklagten vom 28.6.2018 ist rechtswidrig, da die Entscheidung den verfahrensrechtlichen Anforderungen an eine Sonderbedarfszulassung nicht in vollem Umfang gerecht wird.

Ä

Ä

15

A. 1. Verfahrensrechtliche Hindernisse stehen einer Sachentscheidung des Senats nicht entgegen. Insbesondere war es nicht erforderlich, Dr. B beizuladen. Die Rechtssphäre des angestellten Vertragsarztes wird durch die Entscheidung über das streitige Rechtsverhältnis nicht berührt. Die Voraussetzungen für eine notwendige Beiladung gemäß [Ä 75 Abs 2 SGG](#) sind insoweit nicht gegeben (vgl. BSG Urteil vom 20.9.1995 [6 RKa 37/94](#) [SozR 35525 Ä 32b Nr 1 S 2 = juris RdNr 18](#); BSG Urteil vom 2.10.1996 [6 RKa 82/95](#) [SozR 35520 Ä 32b Nr 3 = juris RdNr 14](#); vgl. zuletzt BSG Urteil vom 30.9.2020 [BÄ 6 KA 18/19 R](#) [juris RdNr 15](#), zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen).

Ä

16

2. Gegenstand des Revisionsverfahrens sind das vorinstanzliche Urteil des SG sowie der Bescheid des Beklagten vom 28.6.2018 aus der Sitzung vom 9.5.2018, der den Widerspruch der Klägerin gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses in Bezug auf einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf ([Ä 36, 37 Abs 1 bis 3 BedarfspRL](#)) als unbegründet zurückwies und sich so den Entscheidungsausspruch des Zulassungsausschusses zu eigen machte (zum Bescheid des Berufungsausschusses als alleiniger Gegenstand des gerichtlichen Verfahrens zB BSG Urteil vom 16.5.2018 [BÄ 6 KA 1/17 R](#) [BSGE 126. 40 = SozR 42500 Ä 95 Nr 34, RdNr 20 mwN](#)).

Ä

17

B. Die Revision der Klägerin ist begründet ([Ä 170 Abs 2 Satz 1 SGG](#)). Zu Unrecht hat das SG die Klage abgewiesen. Der Beklagte hätte vor seiner Entscheidung weitere Ermittlungen zu der Frage durchführen müssen, ob im Einzugsbereich des MVZ der Klägerin ein Versorgungsdefizit bei hämatologisch/onkologischen Leistungen besteht.

der GBA festzulegen. Gegen diese Übertragung der Befugnis zur Normkonkretisierung auf den GBA bestehen keine durchgreifenden rechtlichen Bedenken, zumal der Gesetzgeber Inhalt, Zweck und Ausmaß der Regelung präzise vorgegeben und damit die wesentlichen Fragen selbst entschieden hat (*stRspr*; vgl. BSG Urteil vom 5.11.2008 [BÄ 6 KA 56/07 RÄ](#) [BSGE 102, 21](#) = [SozR 4 2500 101 Nr 3](#), RdNr 14 mwN; BSG Urteil vom 4.5.2016 [BÄ 6 KA 24/15 RÄ](#) [BSGE 121, 154](#) = [SozR 4 2500 103 Nr 19](#), RdNr 25; zuletzt BSG Urteil vom 28.6.2017 [BÄ 6 KA 28/16 RÄ](#) [BSGE 123, 243](#) = [SozR 4 2500 101 Nr 19](#), RdNr 16 mwN). Die Beteiligten haben im Revisionsverfahren die Verfassungsmäßigkeit der Bedarfsplanungsregelungen auch nicht in Frage gestellt.

Ä

21

Der GBA ist der ihm übertragenen Aufgabe zum Erlass konkretisierender Vorgaben in Bezug auf [Ä 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) durch die BedarfspURL (in der Neufassung vom 20.12.2012, BAnz AT vom 31.12.2012 B7 in Kraft getreten am 1.1.2013, zuletzt geändert am 17.12.2020, BAnz AT vom 17.2.2021 B4 in Kraft getreten am 18.1.2021) nachgekommen. Maßgebend sind hier die Ä 36, 37 BedarfspURL in der seit dem 30.6.2019 geltenden Neufassung (vgl. Abschnitt V des Beschlusses des GBA vom 16.5.2013, BAnz vom 3.7.2013, zuletzt geändert durch Beschluss vom 16.5.2019 idF des Änderungsbeschlusses vom 20.6.2019, BAnz AT vom 28.6.2019 B6). Gemäß Ä 53 Abs 1 BedarfspURL gelten diese für die Aufnahme eines Arztes in ein MVZ bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen [Ä](#) mit bestimmten Maßgaben [Ä](#) entsprechend.

Ä

22

3. Diese letzte Fassung der Ä 36, 37 BedarfspURL ist hier anzuwenden, da für das Zulassungsbegehren der Klägerin die Grundsätze über die Vornahmeklagen anzuwenden sind. Danach sind grundsätzlich alle Tatsachenänderungen bis zur mündlichen Verhandlung der letzten Tatsacheninstanz und alle Rechtsänderungen bis zum Abschluss der Revisionsinstanz zu berücksichtigen (*stRspr*; BSG Urteil vom 28.6.2017 [BÄ 6 KA 28/16 RÄ](#) [BSGE 123, 243](#) = [SozR 4 2500 101 Nr 19](#), RdNr 18 mwN; vgl. aber präzisierend BSG Urteil vom 29.11.2017 [BÄ 6 KA 31/16 RÄ](#) [BSGE 124, 266](#) = [SozR 4 2500 95 Nr 33](#), RdNr 20 ff, insbesondere RdNr 29: Änderungen des anzuwendenden Rechts sind nur zu berücksichtigen, wenn sie sich zugunsten des Antragstellers auswirken).

Ä

23

4. Nach § 37 Abs 1 BedarfspRL erfordert die Anerkennung eines qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs die Prüfung und Feststellung einer bestimmten Qualifikation nach Abs 2 und die Prüfung und Feststellung eines entsprechenden besonderen Versorgungsbedarfs in einer Region durch den Zulassungsausschuss. Eine besondere Qualifikation iS von Abs 1 ist anzunehmen, wie sie durch den Inhalt des Schwerpunktes, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde für das Facharztgebiet nach der Weiterbildungsordnung beschrieben ist. Auch eine Zusatzweiterbildung oder eine Zusatzbezeichnung kann einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf begründen, wenn sie den vorgenannten Qualifikationen vom zeitlichen und qualitativen Umfang her gleichsteht. Ein besonderer qualifikationsbezogener Versorgungsbedarf kann auch bei einer Facharztbezeichnung vorliegen, wenn die Arztgruppe gemäß § 11 bis 14 BedarfspRL mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst (§ 37 Abs 2 Satz 1 bis 3 BedarfspRL). Letzteres ist hier der Fall. § 13 Abs 1 Nr 2, Abs 2 Nr 2 BedarfspRL weist alle fachärztlich tätigen Internisten, dh alle internistischen Fachärzte, die nicht an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, der spezialisierten fachärztlichen Versorgung zu (vgl hierzu auch Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum GKV-VStG, BT-Drucks 17/8005, S 112 zu Art 1 Nr 35 Buchst a DBuchst aa Dreifachbuchst bbb, der ausdrücklich als Beispiel für die bedarfsorientierte Verteilung der einzelnen Fachärzte bei großen Arztgruppen, die nach der BedarfspRL mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfassen, die fachärztlich tätigen Internisten nennt). Ein besonderer Versorgungsbedarf in Bezug auf die von einem Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie zu erbringenden Leistungen stellt damit in jedem Fall einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf dar.

Ä

24

5. Bei der Konkretisierung und Anwendung der für die Anerkennung eines Sonderbedarfs maßgeblichen Tatbestandsmerkmale steht den Zulassungsgremien ein der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum zu (stRspr des Senats; vgl BSG Urteil vom 28.6.2000 [âB 6 KA 35/99 R](#) [â BSGE 86, 242, 250](#) = [SozR 45 2500 Â 101 Nr 5 S 34](#) = [juris RdNr 34](#); BSG Urteil vom 2.9.2009 [â B 6 KA 34/08 R](#) [â BSGE 104, 116](#) = [SozR 45 2500 Â 101 Nr 7, RdNr 15](#); BSG Urteil vom 23.6.2010 [â B 6 KA 22/09 R](#) [â SozR 45 2500 Â 101 Nr 8 RdNr 15 ff](#); BSG Urteil vom 28.6.2017 [â B 6 KA 28/16 R](#) [â BSGE 123, 243](#) = [SozR 45 2500 Â 101 Nr 19, RdNr 27 mwN](#)). Ausschlaggebend für die Zuerkennung dieses Beurteilungsspielraums ist der Umstand, dass es sich bei den Zulassungs- und Berufungsausschüssen um sachverständige, gruppenplural zusammengesetzte Gremien handelt, die bei der Entscheidung über das Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren zu berücksichtigen und gegeneinander abzuwägen haben (vgl BSG Urteil vom 23.6.2010 [â B 6 KA 22/09 R](#) [â SozR 45 2500 Â 101 Nr 8 RdNr 16, 18](#); BSG Urteil vom 28.6.2017 [â B 6 KA 28/16 R](#) [â BSGE 123, 243](#)

=[SozR 4](#) [2500](#) [ÄSÄ 101 NrÄ 19, RdNrÄ 27](#)).

Ä

25

6.Ä Auch bei Beachtung der nur eingeschrÄnkten gerichtlichen NachprÄfbarkeit von Entscheidungen Äber AntrÄge auf Sonderbedarfszulassung kann der angefochtene Bescheid des Beklagten keinen Bestand haben, weil die erforderlichen Feststellungen zur Bedarfslage nicht getroffen worden sind und es deshalb an der erforderlichen Grundlage fÄr die sachgerechte AusfÄllung des ihm zukommenden Beurteilungsspielraums gefehlt hat. Die Ermittlung des Sachverhalts muss das nach pflichtgemÄßem Ermessen erforderliche MaÄ ausschÄpfen, dh sich so weit erstrecken, wie sich Ermittlungen als erforderlich aufdrÄngen ([ÄSÄ 21 AbsÄ 1 SatzÄ 1 SGBÄ X](#), [ÄSÄ 36 AbsÄ 4 SatzÄ 1 BedarfspIRL](#), vgl *BSG Urteil vom 2.9.2009* [Ä BÄ 6Ä KA 34/08Ä RÄ](#) [Ä BSGE 104, 116](#) =[SozR 4](#) [2500](#) [ÄSÄ 101 NrÄ 7, RdNrÄ 16](#); *BSG Urteil vom 28.6.2017* [Ä BÄ 6Ä KA 28/16Ä RÄ](#) [Ä BSGEÄ 123, 243](#) =[SozR 4](#) [2500](#) [ÄSÄ 101 NrÄ 19, RdNrÄ 27 mwN](#)).

Ä

26

Bei der Entscheidung Äber Sonderbedarfszulassungen mÄssen sich die Zulassungsgremien ein mÄglichst genaues Bild der Versorgungslage im betroffenen Planungsbereich machen und ermitteln, welche Leistungen in welchem Umfang zur Wahrung der QualitÄt der vertragsÄrztlichen Versorgung iS des [ÄSÄ 101 AbsÄ 1 SatzÄ 1 NrÄ 3 SGBÄ V](#) im Planungsbereich erforderlich sind, von den dort zugelassenen Ärzten aber nicht angeboten werden (*BSG Urteil vom 5.11.2008* [Ä BÄ 6Ä KA 56/07Ä RÄ](#) [Ä BSGEÄ 102, 21](#) =[SozR 4](#) [2500](#) [ÄSÄ 101 NrÄ 3, RdNrÄ 18](#); *BSG Urteil vom 28.10.2015* [Ä BÄ 6Ä KA 43/14Ä RÄ](#) [Ä SozR 4](#) [5540](#) [ÄSÄ 6 NrÄ 2 RdNrÄ 38, jeweils mwN](#)). Danach trifft die Zulassungsgremien die Pflicht zur umfassenden Ermittlung aller entscheidungserheblichen Tatsachen ([ÄSÄ 36 AbsÄ 4 SatzÄ 1 BedarfspIRL](#)). Zur Ermittlung der konkreten Bedarfssituation ist es regelmÄßig geboten, die bereits niedergelassenen Ärzte nach ihrem Leistungsangebot und der AufnahmekapazitÄt ihrer Praxen zu befragen (vgl *BSG Urteil vom 19.3.1997* [Ä 6Ä RKa 43/96Ä](#) [Ä SozR 3](#) [2500](#) [ÄSÄ 101 NrÄ 1 SÄ 6](#)). Diese Befragung hat sich mit RÄcksicht auf [ÄSÄ 101 AbsÄ 1 SatzÄ 1 NrÄ 3 SGBÄ V](#) entsprechend der Zielrichtung von Sonderbedarfszulassungen grundsÄtzlich auf die gesamte Breite eines medizinischen Versorgungsbereichs und nicht nur auf einzelne spezielle Leistungen zu erstrecken (vgl *BSG Urteil vom 19.3.1997* [Ä 6Ä RKa 43/96Ä](#) [Ä SozR 3](#) [2500](#) [ÄSÄ 101 NrÄ 1 SÄ 6](#)).

Ä

27

Zu berücksichtigen sind nur reale, nicht dagegen potenzielle Versorgungsangebote, die tatsächlich nicht zur Verfügung stehen, weil Leistungserbringer (evtl trotz freier Kapazitäten und nur wegen nicht vollständiger Erfüllung des Versorgungsauftrags) nicht zur Erbringung weiterer Leistungen bereit (BSG Urteil vom 23.6.2010 [BÄ 6Ä KA 22/09Ä RÄ](#) [SozR 4Ä 2500 Ä 101 NrÄ 8 RdNrÄ 32 mwN](#); fÄr ErmÄchtigungen vgl BSG Urteil vom 25.11.1998 [SozR 3Ä 2500 Ä 97 NrÄ 2 SÄ 7Ä f](#); BSG Urteil vom 19.7.2006 [BÄ 6Ä KA 14/05Ä RÄ](#) [SozR 4Ä 2500 Ä 116 NrÄ 3 RdNrÄ 17 undÄ 18](#)) oder tatsächlich nicht in der Lage sind (vgl BSG Urteil vom 28.10.2015 [BÄ 6Ä KA 43/14Ä RÄ](#) [SozR 4Ä 5540 Ä 6 NrÄ 2 RdNrÄ 38 mwN](#); vgl zu dem Ganzen BSG Urteil vom 28.6.2017 [BÄ 6Ä KA 28/16Ä RÄ](#) [BSGEÄ 123, 243](#) =Ä [SozR 4Ä 2500 Ä 101 NrÄ 19, RdNrÄ 23Ä ff](#)).

Ä

Ä

28

Die Sachverhaltsermittlungen dürfen sich typischerweise nicht in Befragungen der im Einzugsbereich tätigen VertragsÄrzte erschöpfen, weil die Gefahr besteht, dass die Äußerungen der befragten Ärzte in starkem Maße auf deren subjektiven Einschätzungen beruhen und von deren individueller Interessenlage beeinflusst sein können (BSG Urteil vom 5.11.2008 [BÄ 6Ä KA 56/07Ä RÄ](#) [BSGEÄ 102, 21](#) =Ä [SozR 4Ä 2500 Ä 101 NrÄ 3, RdNrÄ 19](#)). Daher fordert der Senat in ständiger Rechtsprechung, dass die Zulassungsgremien die Antworten kritisch wÄrdigen und sie objektivieren und verifizieren (vgl BSG Urteil vom 5.11.2008 [BÄ 6Ä KA 56/07Ä RÄ](#) [BSGEÄ 102, 21](#) =Ä [SozR 4Ä 2500 Ä 101 NrÄ 3, RdNrÄ 19, 22, 28](#); BSG Urteil vom 29.6.2011 [BÄ 6Ä KA 34/10Ä RÄ](#) [SozR 4Ä 2500 Ä 119 NrÄ 1 RdNrÄ 28 mwN](#)); auf jeden Fall sind die Aussagen der befragten Ärzte nicht ohne Weiteres als Entscheidungsgrundlage ausreichend (BSG Urteil vom 5.11.2008 [BÄ 6Ä KA 56/07Ä RÄ](#) [BSGEÄ 102, 21](#) =Ä [SozR 4Ä 2500 Ä 101 NrÄ 3, RdNrÄ 19](#)). Insbesondere in Fällen, in denen die Angaben von vorneherein zweifelhaft erscheinen (so zB in den Fällen BSG Urteil vom 5.11.2008 [BÄ 6Ä KA 56/07Ä RÄ](#) [BSGEÄ 102, 21](#) =Ä [SozR 4Ä 2500 Ä 101 NrÄ 3, RdNrÄ 22](#) und BSG Urteil vom 2.9.2009 [BÄ 6Ä KA 34/08Ä RÄ](#) [BSGEÄ 104, 116](#) =Ä [SozR 4Ä 2500 Ä 101 NrÄ 7, RdNrÄ 31](#) [Befragung der zukünftigen Vertragspartner des Antragstellers](#)) oder sich aus dem Vorbringen eines Beteiligten substantiierte Zweifel ergeben (vgl zB BSG Urteil vom 6.5.2009 [BÄ 6Ä KA 17/08Ä RÄ](#) [SozR 4Ä 2500 Ä 106 NrÄ 23 RdNrÄ 17Ä ff, 24 zur Wirtschaftlichkeitsprüfung](#)), ist eine Überprüfung unabdingbar. Anders stellt sich die Sachlage dar, wenn eine Situation vorliegt, in der die Zulassungsgremien keinen Anlass haben müssen, an der Richtigkeit der ihnen vorgelegten Angaben zu zweifeln. Sofern sich aus der Gesamtlage des Falles keine Bedenken aufdrängen, muss die Behörde einem Tatumstand nicht durch weitere Ermittlungen nachgehen (vgl BSG Urteil vom 29.6.2011 [BÄ 6Ä KA 34/10Ä RÄ](#) [SozR 4Ä 2500 Ä 119 NrÄ 1 RdNrÄ 28Ä f zur Ermächtigung eines SozialpÄdiatrischen Zentrums](#)).

Â

29

7.Â Ausgehend von diesen Maßstäben besteht im Einzugsbereich des MVZ der KIÄgerin in S ein über einen häftigen Versorgungsauftrag hinausgehender Bedarf für hämatologisch/onkologische Leistungen (*dazu a*). Damit wären bezogen auf den Standort S und die ihn umgebenden kleineren Orte die Voraussetzungen eines Sonderbedarfs erfüllt, wenn nicht andere hämatologisch tätige Praxen die Versicherten aus S und Umgebung versorgen können (*dazu b*). Dies steht auf der Grundlage der von dem Beklagten ermittelten Daten nicht mit der notwendigen Gewissheit fest. Zwar sind die von dem Beklagten berücksichtigten Praxen in B W und H bzw F für die Versicherten zumutbar erreichbar (*dazu c*). Es sind jedoch weitere Ermittlungen dazu notwendig, inwieweit diese Praxen tatsächlich über freie Behandlungskapazitäten verfügen (*dazu d*).

Â

30

a)Â Bei der Feststellung von Sonderbedarf haben die Zulassungsgremien gemäß § 36 Abs 3 Nr 1 BedarfspRL zur Feststellung einer unzureichenden Versorgungslage zunächst eine Region abzugrenzen, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll und die dortige Versorgungslage zu bewerten. Dies ist hier wie der Beklagte zutreffend angenommen hat der aktuelle Einzugsbereich des MVZ der KIÄgerin in Bezug auf hämatologische und onkologische Leistungen.

Â

31

Der Beklagte stellt grundsätzlich nicht in Frage, dass am Standort des MVZ S ein Bedarf für hämatologische und onkologische Leistungen besteht, den der dort angestellte Dr. B mit einem häftigen Versorgungsauftrag nicht erfüllen kann. Nach [§ 95 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) bewirkt die Zulassung, dass der Vertragsarzt an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder häftigen Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Nach den von den übrigen Beteiligten nicht in Zweifel gezogenen Angaben der KIÄgerin in ihrem Antrag haben sich die Fallzahlen des Dr. B in den Quartalen 2/2015 bis 4/2016 stetig erhöht. Auch die von der zu 1. beigeladenen KÄV im Rahmen ihrer Stellungnahmen ausgewerteten Zahlen belegen, dass seine Fallzahlen trotz eines nur häftigen Versorgungsauftrages kontinuierlich in der Nähe des hessischen Durchschnitts für einen vollen Versorgungsauftrag liegen.

Â

b) Der Versorgungsbedarf am Standort des MVZ S allein begründet indes noch keinen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf. Entscheidend ist, ob dieser nicht durch andere (zumutbar erreichbare) Praxen gedeckt werden kann, auch wenn dies bedeutet, dass die Versicherten nicht an ihrem Wohnort oder in unmittelbarer Nähe ihres Wohnortes behandelt werden. Die Klägerin kann nicht damit geltend machen, dass das Verhalten der Versicherten den Bedarf im konkreten Einzelfall bestimme. Insofern die Klägerin die Auffassung vertritt, eine Zulassung oder Anstellungsgenehmigung im Wege des Sonderbedarfs sei zu erteilen, wenn die Versicherten einen realen Bedarf nach einer wohnortnahen Versorgung hätten und dieser Bedarf eine (weitergehende) Zulassung oder Anstellungsgenehmigung unerlässlich mache, ohne dass die wirtschaftliche Grundlage einer anderen Praxis tangiert werde, kann dem in dieser Allgemeinheit nicht gefolgt werden. Zwar sind im Rahmen der Prüfung eines Sonderbedarfs die Auswirkungen auf bestehende Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen (*ÄSÄ 36 AbsÄ 3 NrÄ 2 BedarfspRL*). Die fehlende Beeinträchtigung vorhandener Standorte ist jedoch keine hinreichende Voraussetzung. Maßstab für die ausnahmsweise Besetzung eines zusätzlichen Vertragsarztsitzes (oder wie hier die Erweiterung einer Anstellungsgenehmigung in einem MVZ) trotz bestehender Zulassungsbeschränkungen ist zusätzlich, dass dies unerlässlich ist (*vgl aber zum weiten Verständnis des Begriffs BSG Urteil vom 17.8.2011 â BÄ 6Ä KA 26/10Ä RÄ â SozR 4â2500 ÄSÄ 101 NrÄ 11 RdNrÄ 41: nicht nur reale Versorgungsnotstände; vgl auch Wenner in FS fÄ¼r Eichenhofer, SÄ 697, 706Ä ff*), um die vertragsärztliche Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten und dabei einen zusätzlichen lokalen oder â wie hier â qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken (*ÄSÄ 36 AbsÄ 1 SatzÄ 1 BedarfspRL*). Ohne Bedeutung ist dagegen, ob sich die Patienten die Behandlung gerade an einem bestimmten Ort (oder möglicherweise bei einem bestimmten Behandler) oder besonders wohnortnah wünschen, wenn hierdurch bestehende Kapazitäten nicht ausgelastet werden. Versicherte haben keinen Anspruch auf eine an ihren Wünschen ausgerichtete optimale Versorgung (*BSG Urteil vom 6.2.2008 â BÄ 6Ä KA 40/06Ä RÄ â SozR 4â5520 ÄSÄ 31 NrÄ 3 RdNrÄ 16; BSG Urteil vom 29.6.2011 â BÄ 6Ä KA 34/10Ä RÄ â SozR 4â2500 ÄSÄ 119 NrÄ 1 RdNrÄ 18 mwN zur Ermächtigung eines Sozialpädiatrischen Zentrums*). Sonderbedarfszulassungen dürfen nur erteilt werden, wenn der Versorgungsbedarf nicht durch die bereits zugelassenen Ärzte gedeckt wird. Diese haben stets Vorrang vor den eine Zulassung erst anstrebenden Ärzten (*vgl BSG Urteil vom 17.6.2009 â BÄ 6Ä KA 25/08Ä RÄ â BSGE 103, 269 =Ä SozR 4â1500 ÄSÄ 54 NrÄ 16, RdNrÄ 21Ä f*). Daher ist es auch nicht entscheidend, ob die anderen Praxen trotz einer erweiterten Anstellungsgenehmigung des Dr. B wirtschaftlich tragfähig wären.

Ä

c) Hinsichtlich der hier im Mittelpunkt stehenden Frage der Erreichbarkeit der hämatologischen/onkologischen Praxen in B W, H und F, die zum Planungsbereich

der KlÄgerin (Raumordnungsregion Nordhessen) gehÄren, ist grundsÄtzlich auf die Distanz bzw die Zeit abzustellen, die bei einem Aufsuchen der Praxen mit dem PKW zurÄckgelegt bzw benÄtigt wird (*dazuÄ aa*). Der Senat ist ausgehend von dieser PrÄmissen der Auffassung, dass die Entfernungen zwischen diesen Praxen und S bzw den umliegenden Orten den Versicherten zumutbar sind (*dazuÄ bb undÄ cc*).

Ä

34

aa)Ä GrundsÄtzlich kommt es bei der Beurteilung der zumutbaren Erreichbarkeit anderer Praxen im lÄndlichen Raum auf Entfernungen mit dem PKW und damit auf die Zeit an, die man mit dem PKW benÄtigt, wie dies auch bei der PrÄfung eines zusÄtzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss geschieht (*vgl Ä§Ä 35 AbsÄ 5 SatzÄ 2 BedarfspRL*). Auf die Zeitdauer bei Nutzung Äffentlicher Verkehrsmittel kann wegen der generell schlechteren Versorgung mit dem Äffentliche Personennahverkehr (ÄPNV) dort nicht abgestellt werden. Dies trifft auch auf den Einzugsbereich des MVZ S zu. Der S-Kreis, in dem sich der Standort der KlÄgerin befindet, ist flÄchenmÄÄig der zweitgrÄÄte Landkreis Hessens nach dem (angrenzenden) Landkreis W. Auch wenn gute Zugverbindungen Richtung K bzw M existieren, wird der ÄPNV im Äbrigen vor allem durch den Bus sichergestellt. Ob die PKW-Minuten auch in stÄdtischen Bereichen, in denen der ÄPNV besser ausgebaut ist und daher ggf vermehrt auf ein eigenes Auto verzichtet wird, der zutreffende Maßstab fÄr zumutbare Entfernungen sind, muss der Senat hier nicht entscheiden (*vgl etwa der von der KlÄgerin angefÄhrte Ä§Ä 6 der AnlÄ 28 zum BMV-ÄÄ Vereinbarung Äber die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von ArztterminenÄÄ, der die zumutbare Entfernung zu einem von der Terminservicestelle vermittelten Vertragsarzt/Psychotherapeuten mittels des Zeitbedarfs fÄr das Aufsuchen des vermittelten Arztes bei Nutzung Äffentlicher Verkehrsmittel festlegt*).

Ä

35

bb)Ä Der Senat hÄlt daran fest, dass fÄr die hausÄrztliche Versorgung und fÄr die allgemeine fachÄrztliche Versorgung, bei der der Landkreis weiterhin Planungsbereich ist, Wege von mehr als 25Ä km in aller Regel nicht zumutbar sind (*vgl BSG Urteil vom 19.7.2006 ÄÄ BÄ 6Ä KA 14/05Ä RÄ ÄÄ SozR 4ÄÄ2500 ÄÄÄ 116 NrÄ 3 RdNrÄ 19Ä ÄÄ MRTÄÄLeistungen; BSG Urteil vom 23.6.2010 ÄÄÄ BÄ 6Ä KA 22/09Ä RÄ ÄÄ SozR 4ÄÄ2500 ÄÄÄ 101 NrÄ 8 RdNrÄ 24 ÄÄÄ psychotherapeutische Leistungen; BSG Urteil vom 8.12.2010 ÄÄÄ BÄ 6Ä KA 36/09Ä RÄ ÄÄ BSGE 107, 147 =Ä SozR 4ÄÄ2500 ÄÄÄ 101 NrÄ 9, RdNrÄ 20 jeweils zur frÄheren Rechtslage, als die Planungsbereiche gemÄÄÄ ÄÄÄ 101 AbsÄ 1 SatzÄ 6 in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung noch den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollten; vgl auch BSG Beschluss vom 15.8.2012 ÄÄÄ BÄ 6Ä KA*

[12/12](#) BÂ *juris RdNr* 8 zur Berücksichtigung der konkreten Erreichbarkeit wie der Ausgestaltung der Verkehrswege und des *ÄPNV*). Für die spezialisierte fachärztliche Versorgung kann das so aber nicht gelten.

Â

36

(1) Bereits zum früheren Rechtszustand hat der Senat entschieden, dass weitere Wege umso eher zuzumuten sind, je spezieller die betroffene Qualifikation ist (*BSG Urteil vom 2.9.2009* [BÂ 6Â KA 34/08Â RÂ](#) [BSGEÂ 104, 116](#) = *SozR 4-2500* *Â* 101 *Nr* 7, *RdNr* 15 *Ä* *Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Allergologie und Zusatzweiterbildung Kinderpneumologie*; *BSG Urteil vom 2.9.2009* [BÂ 6Â KA 21/08Â RÂ](#) *Ä* *SozR 4-2500* *Â* 101 *Nr* 6 *RdNr* 15 *Ä* *Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie*; *BSG Urteil vom 9.2.2011* [BÂ 6Â KA 3/10Â RÂ](#) [BSGEÂ 107, 230](#) = *SozR 4-5525* *Â* 24 *Nr* 2, *RdNr* 25 *Ä* *Kieferorthopädische Leistungen*; *BSG Urteil vom 29.6.2011* [BÂ 6Â KA 34/10Â RÂ](#) *Ä* *SozR 4-2500* *Â* 119 *Nr* 1 *RdNr* 17 *Ä* *sozialpädiatrische Leistungen*; vgl auch *BSG Urteil vom 9.4.2008* [BÂ 6Â KA 40/07Â RÂ](#) [BSGEÂ 100, 154](#) = *SozR 4-2500* *Â* 87 *Nr* 16, *RdNr* 35).

Â

37

Dies wird bestätigt durch die nachfolgende Rechtsentwicklung, insbesondere die Neufassung der *Â* 36, 37 *BedarfsplRL* durch den Beschluss des GBA vom 16.5.2013 (*BAnz vom 3.7.2013*). Mit Wirkung vom 1.1.2013 hat der Gesetzgeber für die Bedarfsplanung die Bindung an die Stadt- und Landkreise aufgegeben. [Â 101 Abs 1 Satz 6 SGB V](#) (*idF des GKV-VStG mWv 1.1.2012*) sieht nunmehr lediglich vor, dass die regionalen Planungsbereiche so festzulegen sind, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt wird. Zur Begründung hat der Gesetzgeber ausgeführt, die bisherige Regelung werde durch eine flexiblere Regelung ersetzt. Können die Planungsbereiche allein nach der Maßgabe festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt werde. Die neue Regelung gebe dem GBA einen weiten Entscheidungsspielraum. Maßgeblich für die Neugestaltung der Planungsbereiche sei die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung. Aufgrund der unterschiedlichen Bedeutung der Wohnortnähe für verschiedene ärztliche Angebote ermögliche die Neuregelung es daher auch, bei der Größe der Planungsbereiche nach Arztgruppen zu differenzieren. In Betracht komme dabei auch eine Differenzierung zwischen hausärztlicher, allgemeiner fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung (vgl *BT-Drucks 17/6909 S* 74 zu *Nr* 35 zu *Buchst* a, zu *DBuchst* bb).

Â

Auch [Â§Â 101 AbsÂ 1 SatzÂ 1 NrÂ 3 SGBÂ V](#) zur Sonderbedarfszulassung wurde neu gefasst. Sollte der GBA zuvor âVorgaben f¼r die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sindâ bestimmen, soll der GBA nunmehr in seinen Richtlinien Bestimmungen beschließen ¼ber âVorgaben f¼r 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 deckenâ. Der Gesetzgeber f¼hrt in der Begr¼ndung aus, die Vorgaben f¼r sog Sonderbedarfszulassungen w¼rden hiermit âsprachlich präziser gefasst und erweitert. Unabhängig von den k¼nftigen Möglichkeiten der zuständigen Gremien auf Landesebene, aufgrund regionaler Besonderheiten von der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Zwecke einer bedarfsgerechten Versorgung abweichen zu können, wird ergänzend auch die Sonderbedarfszulassung als Instrument zur Feinsteuerung der Versorgungssituation funktionstüchtig ausgestaltet. Anlass hierf¼r ist, dass von der Möglichkeit, Sonderbedarfszulassungen zur Gewährleistung der Sicherstellung der Versorgung zu erteilen, bislang von den Zulassungsausschüssen in sehr unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht wird. Die Umsetzung der entsprechenden Richtlinienregelungen bereitet in der Praxis offenbar Probleme. Es wird daher Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses sein, die Vorgaben und Konstellationen so zu konkretisieren, dass die Erteilung einer Sonderzulassung im Bedarfsfall erleichtert wirdâ ([BT-Drucks 17/6909 SÂ 73Â f zu NrÂ 35 zu BuchstÂ a, zu DBuchstÂ aa](#)).

Â

39

In Umsetzung dieses Auftrags bestimmt Â§ 36 AbsÂ 4 SatzÂ 4 BedarfspIRL nun ausdrücklich, dass bei der Beurteilung, ob ein zumutbarer Zugang der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung nicht gewhrlistet ist und aufgrund dessen Versorgungsdefizite bestehen, den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsebenen der Â§Â 11 bisÂ 14 BedarfspIRL Rechnung zu tragen ist (*kritisch zum Verhältnis von Â§Â 36 AbsÂ 4 SatzÂ 3 BedarfspIRL âÂ Besonderheiten des maßgeblichen Planungsbereichs als Voraussetzung eines SonderbedarfsÂ zu Â§Â 36 AbsÂ 4 SatzÂ 4 BedarfspIRL Wahrendorf, KrV 2014, 241, 242*). Danach ist Planungsbereich f¼r die hausärztliche Versorgung (*einschließlich Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und ohne weiteres Fachgebiet, welche die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, Â§Â 11 AbsÂ 2 NrÂ 2 BedarfspIRL*) nunmehr grundstzlich der Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstituts f¼r Bau, Stadt- und Raumforschung (*Â§Â 11 AbsÂ 3 SatzÂ 1 BedarfspIRL*), f¼r die allgemeine fachrztliche Versorgung grundstzlich die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion

(*Â§Â 12 AbsÂ 3 SatzÂ 1 BedarfspIRL*), fÃ¼r die spezialisierte fachÃrztliche Versorgung, die von den Versicherten â im Gegensatz zu den GrundversorgernÂ â zumeist weniger in Anspruch genommen wird (*vgl Ruhberg, Das neue Bedarfsplanungsrecht fÃ¼r VertragsÃrzte, 2019, 153*) und zu der auch die fachÃrztlich tÃtigen Internisten gehÃren (*vgl Â§Â 13 AbsÂ 1 NrÂ 2 BedarfspIRL*), die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstituts fÃ¼r Bau-, Stadt- und Raumforschung und fÃ¼r die gesonderte fachÃrztliche Versorgung (Humangenetiker, LaborÃrzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner) grundsÃtzlich der Bezirk der KÃV (*vgl Â§Â 14 AbsÂ 1 NrÂ 2 BedarfspIRL*). FÃ¼r den Bereich der spezialisierten fachÃrztlichen Versorgung gibt die BedarfspIRL zudem fÃ¼r die Fachinternisten Quoten nach [Â§Â 101 AbsÂ 1 SatzÂ 8 SGBÂ V](#) vor; dies betrifft allerdings lediglich FachÃrzte fÃ¼r Innere Medizin und Rheumatologie sowie FachÃrzte fÃ¼r Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie (*Mindestquote von 8Â %*), FachÃrzte fÃ¼r Innere Medizin und Kardiologie sowie FachÃrzte fÃ¼r Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie (*HÃchstquote von 33Â %*), FachÃrzte fÃ¼r Innere Medizin und Gastroenterologie sowie FachÃrzte fÃ¼r Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (*HÃchstquote von 19Â %*), FachÃrzte fÃ¼r Innere Medizin und Pneumologie, FachÃrzte fÃ¼r Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, FachÃrzte fÃ¼r Lungen- und Bronchialheilkunde sowie FachÃrzte fÃ¼r Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde (*HÃchstquote von 18Â %*), FachÃrzte fÃ¼r Innere Medizin und Nephrologie sowie FachÃrzte fÃ¼r Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie (*HÃchstquote von 25Â %*; *vgl Â§Â 13 Abs 6 NrÂ 1 bisÂ 5 BedarfspIRL*). Der GBA hat hierzu erlÃutert, dass die Zuordnung zu den Versorgungsebenen grundsÃtzlich nach der GrÃe des Einzugsgebiets der jeweiligen Arztgruppe erfolge. Ausnahmen bestÃnden nur bei wenigen Arztgruppen, wie den Ãrzten fÃ¼r Physikalische und Rehabilitativmedizin und den FachÃrzten fÃ¼r Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und âpsychotherapie, die aus GrÃnden der vergleichsweise kleinen GruppengrÃe nicht kleineren Planungsbereichen zugeordnet werden konnten (*vgl Tragende GrÃnde zum Beschluss des GBA vom 20.12.2012 SÂ 7Â f zu Â§Â 5 Versorgungsebenen*). Weiter fÃ¼hrt er aus, bedingt durch die verÃnderten Anforderungen an die ambulante Versorgung, eine stÃrkere Ausdifferenzierung im Ãrztlichen Leistungsangebot, die Neustrukturierung der RaumbezÃge (zB Kreisgebietsreformen mit der Bildung von GroÃ-Kreisen) und die verÃnderten VersorgungsbedÃrfnisse der Patienten habe er die grundsÃtzliche Zuordnung aller Arztgruppen zu den bisherigen Planungsbereichen nicht aufrechterhalten kÃnnen. WÃhrend die Versorgung mit HausÃrzten im Allgemeinen mÃglichst lokal erfolgen solle, verfÃgten FachÃrzte mit zunehmendem Spezialisierungsgrad Ãber deutlich grÃere Einzugsgebiete (*vgl Tragende GrÃnde zum Beschluss des GBA vom 20.12.2012 SÂ 8 zu Â§Â 7 Planungsbereiche*). Aufgrund des grÃeren Einzugsgebietes wÃrden AnÃsthesisten, Radiologen und fachÃrztlich tÃtige Internisten der sogenannten spezialisierten fachÃrztlichen Versorgung zugeordnet (*Tragende GrÃnde zum Beschluss des GBA vom 20.12.2012 SÂ 12*). Dies wirkt sich auch auf die Anforderungen an die Feststellung eines Versorgungsdefizits, welches eine Sonderbedarfszulassung ermÃglicht, aus (*so auch Pawlita, KRV 2014, 229, 230Â f*). Insofern betont der GBA in den Tragenden

Gründe seines Beschlusses vom 16.5.2013, mit dem die §§ 36, 37 BedarfsplRL neu gefasst wurden, dass für die Beurteilung solcher Versorgungsdefizite der Zulassungsausschuss Besonderheiten innerhalb des maßgeblichen Planungsbereiches feststellen müsse, die eine von den Grundlagen der Bedarfsplanung abweichende Beurteilung der Versorgungslage rechtfertigten. Dabei habe der Zulassungsausschuss zu berücksichtigen, dass für die unterschiedlichen Versorgungsebenen nach §§ 11 bis 14 BedarfsplRL unterschiedliche Maßstäbe anzuwenden seien. Dies betreffe sowohl die erforderliche Dichte des Versorgungsangebotes als auch die Größe der Bezugsregion. Als Beispiel nennt er hier, dass eine heterogene Verteilung von Chirurgen innerhalb eines Planungsbereiches allein noch kein ausreichender Anhaltspunkt für die Feststellung von Sonderbedarf sei (*Tragende Gründe zum Beschluss des GBA vom 16.5.2013 S. 10 f zu §§ 36 Abs. 4*).

Ä

40

Diese Entscheidung des GBA, dass für die spezialisierte fachärztliche Versorgung die Raumordnungsregion und nicht (mehr) der Kreis die maßgebliche Planungseinheit ist, würde leerlaufen, wenn die Versicherten Ärzte aller zur spezialisierten fachärztlichen Versorgung gehörender Arztgruppen innerhalb von 25 km erreichen können müssten. Schon innerhalb der flächenmäßig großen Landkreise in Nordhessen wäre das im Hinblick auf die maßgeblichen Verhältniszahlen nicht umsetzbar; in einer größeren Versorgungsregion wie der Raumordnungsregion erst recht nicht. Der Senat geht deshalb davon aus, dass bei Fahrtzeiten von rund 45 Minuten, wie sie hier einschlägig sind (*vgl. sogleich unter cc*), grundsätzlich an der Zumutbarkeit der Erreichbarkeit nicht zu zweifeln ist, soweit es um die spezialisierte fachärztliche Versorgung geht. Dabei berücksichtigt der Senat zum einen, dass in § 35 Abs. 5 Satz 2 BedarfsplRL für Augenärzte und Frauenärzte, die der allgemeinen fachärztlichen Versorgung angehören (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 und 3 BedarfsplRL), eine Erreichbarkeit in durchschnittlich weniger als 40 Minuten als Maßstab für die Feststellung von Unterversorgung festgesetzt wird. Zum anderen berücksichtigt er, dass dies für die Mehrzahl der zur spezialisierten fachärztlichen Versorgung gehörenden Ärzte in Deutschland weitestgehend der Versorgungsrealität entspricht. So hat ein vom GBA mit Beschluss vom 20.9.2018 abgenommenes wissenschaftliches Gutachten festgestellt, dass ausgehend von den von den Versicherten tatsächlich zurückgelegten Wegezeiten in den Fachgruppen der spezialisierten fachärztlichen Versorgung in der Mehrheit der Fälle (Radiologen und Fachinternisten jeweils 91 %) die Praxis innerhalb von maximal 45 Minuten erreicht wurde (*Sundmacher et al., Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung iS der §§ 99 ff SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung, S. 43 f; veröffentlicht als Anlage 2 zum Beschluss des GBA vom 20.9.2018 unter www.g-ba.de; vgl. auch Lauber/Frehse, MedR 2014, 862, 863*). Das schließt nicht aus, dass die Zulassungsgremien in Ausübung ihres Beurteilungsspielraums im Einzelfall etwa unter Berücksichtigung der lokalen Gegebenheiten in besonders dünn besiedelten

länglichen Gebieten zu dem Ergebnis kommen, dass auch längere Wegzeiten zumutbar sind, soweit sie dies näher begründen. Die Grenze von 60 Minuten darf dabei aber regelmäßig nicht überschritten werden.

Ä

41

(2) Soweit Praxen mit freien Behandlungskapazitäten in der Raumordnungsregion der KIÄgerin nicht hinreichend zur Verfügung stehen, können evtl nach erneuter Befragung der im Umkreis des Standortes der KIÄgerin praktizierenden Hämatologen/Onkologen grundsätzlich auch Praxen aus anderen Planungsbereichen berücksichtigt werden. Allerdings sind hier weitergehende Einschränkungen zu beachten, um die auf Planungsbereiche bezogene Bedarfsplanung nicht zu unterlaufen. Wenn diese Einschränkungen indessen nicht eingreifen, gilt für die Frage, ob eine in einem anderen Planungsbereich gelegene Praxis in zumutbarer Zeit von den Patienten erreicht werden kann, das eben hinsichtlich der zumutbaren Entfernungen Ausgefährte entsprechend. Welche Wege den Versicherten zugemutet werden können, ist unabhängig davon zu beurteilen, ob sie auf den entsprechenden Wegen die Grenzen von Planungsbereichen überschreiten.

Ä

42

Richtig hat das SG gesehen, dass es keinen bundesrechtlichen Grundsatz gibt, der es von vornherein ausschließen würde, Praxen aus einer anderen Raumordnungsregion (hier etwa Mittel- und Osthessen) in die Prüfung einer Bedarfsdeckung einzubeziehen. Insbesondere verweist § 36 Abs 3 Nr 1 BedarfsplRL betreffend die Mindestbedingungen bei der Feststellung von Sonderbedarf nun auf die Region, die vom beantragten Ort der Niederlassung aus versorgt werden soll und nicht auf den Planungsbereich (vgl auch BSG Urteil vom 28.6.2017 [BÄ 6Ä KA 28/16Ä RÄ](#) [BSGEÄ 123, 243](#) =Ä SozR 4Ä 2500 Ä 101 NrÄ 19, RdNrÄ 31, welches unter Verweis auf diese Vorschrift eine Befragung der niedergelassenen Psychotherapeuten im Planungsbereich bzw in der maßgeblichen Region, die vom beantragten Ort der Niederlassung mitversorgt werden soll, in Betracht zieht; vgl auch Pawlita, KRV 2014, 229, 231). Darüber hinaus stellt die BedarfsplRL auch bei der Feststellung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss im Rahmen der Frage der Erreichbarkeit (§ 35 Abs 5 Satz 1 Nr 7 BedarfsplRL) darauf ab, dass die Erreichbarkeit auch nicht durch Vertragsärzte in einem angrenzenden Planungsbereich sichergestellt werden kann (vgl § 35 Abs 5 Satz 2 aE BedarfsplRL).

Ä

43

Auch der Senat hat in seiner bisherigen Rechtsprechung akzeptiert, dass die Zulassungsgremien Versorgungskapazitäten in angrenzenden Planungsbereichen in Betracht ziehen, etwa im Falle von Subspezialisierungen einzelner Fachgebiete (vgl. BSG Urteil vom 28.6.2000 [BÄ 6Ä KA 35/99Ä RÄ](#) [BSGEÄ 86, 242, 251](#) =Ä [SozR 3Ä 2500 ÄSÄ 101 NrÄ 5 SÄ 35](#); BSG Urteil vom 5.11.2008 [BÄ 6Ä KA 10/08Ä RÄ](#) [MedR 2009, 560-563](#) =Ä *juris RdNrÄ 18*, jeweils unter Hinweis auf BSG Urteil vom 19.3.1997 [6Ä RKa 43/96Ä](#) [SozR 3Ä 2500 ÄSÄ 101 NrÄ 1 SÄ 6](#); ablehnend lediglich für allgemeine Leistungen wie MRT-Untersuchungen: BSG Urteil vom 19.7.2006 [BÄ 6Ä KA 14/05Ä RÄ](#) [SozR 4Ä 2500 ÄSÄ 116 NrÄ 3 RdNrÄ 19](#)). In einem Revisionsverfahren betreffend eine Sonderbedarfszulassung für einen Facharzt für Kinderheilkunde und Diagnostische Radiologie mit dem Schwerpunkt Kinderradiologie hat es der Senat für möglich erachtet, in dem wiedereröffneten Widerspruchsverfahren einen Kinderkardiologen aus dem benachbarten Planungsbereich zu befragen (vgl. BSG Urteil vom 5.11.2008 [BÄ 6Ä KA 56/07Ä RÄ](#) [BSGEÄ 102, 21](#) =Ä [SozR 4Ä 2500 ÄSÄ 101 NrÄ 3](#), *RdNrÄ 22 mwN*). Soweit der Senat in diesem Zusammenhang regelmäßig darauf verwiesen hat, dass es nach dem Wortlaut der BedarfspRL *aF* in erster Linie auf die tatsächliche Versorgungssituation in dem betreffenden Planungsbereich ankomme (BSG Urteil vom 28.6.2000 [BÄ 6Ä KA 35/99Ä RÄ](#) [BSGEÄ 86, 242, 251](#) =Ä [SozR 3Ä 2500 ÄSÄ 101 NrÄ 5 SÄ 35](#); BSG Urteil vom 5.11.2008 [BÄ 6Ä KA 10/08Ä RÄ](#) [MedR 2009, 560-563](#) =Ä *juris RdNrÄ 18 zu NrÄ 24 SatzÄ 1 BuchstÄ b Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte idF vom 21.12.2004*), kann dies aufgrund des geänderten Wortlauts der BedarfspRL jedenfalls für die spezialisierte ärztliche Versorgung nur in modifizierter Form fortgeführt werden.

Ä

44

Auch unter der Geltung der *ÄSÄ 36, 37* BedarfspRL *nF* kann die Berücksichtigung der Versorgungsangebote von hämatologischen/onkologischen Praxen in benachbarten Raumordnungsregionen jedoch nur mit Vorbehalt erfolgen, weil das System einer auf Planungsbereiche abstellenden Planung nicht unterlaufen werden darf. Bevor die Zulassungsgremien solche Praxen im Rahmen der Bedarfsdeckung berücksichtigen, müssen sie genau prüfen, ob diese Praxen nicht den Bedarf in ihrer eigenen Region abdecken und eventuell dort vorhandene Kapazitäten schon zur (fiktiven) Bedarfsdeckung in Verfahren von zulassungswilligen Ärzten aus dieser Region herangezogen worden sind. Die ohnehin nur begrenzte Aussagekraft von (fiktiv) freien Kapazitäten wird noch weiter gemindert, wenn auf solche Praxen abgestellt wird, die auch Patienten aus Orten versorgen, die bei der konkreten Entscheidung gar nicht im Blick sein können. Das gilt hier etwa für die Standorte M und A, sollte der dortige Arztsitz wieder besetzt werden.

Ä

45

cc) Ausgehend von diesen Maßstäben können Versicherte mit hämatologisch/onkologischem Behandlungsbedarf aus S und Umgebung die Praxen in B, W, H und F in zumutbarer Zeit erreichen (*zur Bedeutung der Anfahrtszeiten der Versicherten und nicht ä wie wohl der Beklagte meint ä der Entfernung der Praxen untereinander vgl. auch Lauber/Frehse, MedR 2014, 862, 863 f*). Nach Auskunft der Beigeladenen zu 1. kamen im Quartal 3/2017 30,75 % der Patienten des MVZ der Klägerin aus S selbst, 10,1 % aus W, 9,52 % aus N, 7,47 % aus F, 5,71 % aus N und der Rest aus verschiedenen kleinen Orten im Umfeld von S. Nach den zwischen den Beteiligten nicht streitigen Angaben des Beigeladenen zu 1. beträgt die Entfernung von S nach B, W ca. 33 km bzw. ca. 35 PKW-Minuten, nach H ca. 19 km bzw. ca. 18 PKW-Minuten und nach F ca. 33 km bzw. ca. 34 PKW-Minuten. Aber auch wenn man nicht auf den Standort der Klägerin, sondern die umliegenden Orte abstellt, aus denen derzeit Patienten in das MVZ der Klägerin kommen, sind die Wege zu den anderen hämatologischen Praxen nicht zu lang. Längere Fahrtzeiten als 45 Minuten ä nämlich 47 bzw. 48 Minuten ä bestehen lediglich zwischen zwei Orten der Umgebung und jeweils einer der konkurrierenden hämatologischen Praxen. Jedoch kann von jedem dieser beiden Orte eine andere Praxis in weniger als 45 Minuten angefahren werden. Damit ist aus jedem Ort des engeren Einzugsbereichs der Praxis der Klägerin mindestens eine andere hämatologische Praxis in weniger als 45 Minuten erreichbar. Das ist nach der dargelegten Regelungsintention des Gesetzgebers bei der Neuausrichtung der Bedarfsplanung zumutbar.

Ä

46

d) Nicht zu folgen vermag der Senat der Auffassung des SG und des Beklagten jedoch insoweit, als beide angenommen haben, an den von S aus zumutbar erreichbaren Standorten in B, W, H und F gebe es in hinreichendem Umfang freie Kapazitäten. Dies steht jedenfalls nicht mit der für eine Entscheidung zu Lasten der Klägerin notwendigen Gewissheit fest. Insoweit hätte der Beklagte vor seiner Entscheidung weitere Ermittlungen zu der Frage durchführen müssen, ob die von ihm angenommenen Versorgungsdefizite durch andere Ärzte der Fachgruppe gedeckt werden können.

Ä

47

aa) Der Senat lässt dahinstehen, ob die Entscheidung des Beklagten schon unter einem Begründungsmangel leidet, da er die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe, die ihn zu seiner Entscheidung bewogen haben, darin nicht mitgeteilt hat ([Ä 35 Abs 1 Satz 2 SGB X](#)). So hat der Beklagte hinsichtlich der von ihm angenommenen freien Kapazitäten lediglich ausgeführt, dass ä mehrere Ärzte bekundet haben, noch über freie Kapazitäten von bis zu 200 Patienten pro Quartal zu verfügen bzw. ihre Leistungen um 20 % steigern zu können. Weder gibt der Beklagte an, wie viele Ärzte sich in der Lage gesehen

haben, 200 weitere Patienten zu versorgen, noch an welchen Standorten die Ärzte ihre Leistungen anbieten. Konkret benannt werden lediglich die in B W niedergelassen (und gemäß [§ 12 SGB X](#) zum Verfahren hinzugezogenen) Onkologen Dr. S und Prof. Dr. R, die angegeben hätten eine zeitnahe Versorgung onkologischer Patienten sicherstellen zu können. Erst im Zusammenhang mit der in Teil I (Tatbestand) des Bescheides dargestellten Umfrage des Beklagten und insbesondere der dort ebenfalls zitierten Stellungnahme der zu 1. Beigeladenen vom 25.4.2018 erschließt sich, dass der Beklagte seine Entscheidung wesentlich darauf gestützt hat, dass Dr. S und Prof. Dr. R, die zusammen über 1,5 Versorgungsaufträge verfügen, angegeben haben, in ihrer Praxis in B W (34 km von der Praxis der Klägerin) weitere 200 Patienten versorgen zu können. Jedenfalls steht allein aufgrund des Ergebnisses der von dem Beklagten bei zwölf Hämatologen/Onkologen im Umkreis des MVZ S durchgeführten Umfrage nicht fest, dass diese Praxen tatsächlich über ausreichende freie Behandlungskapazitäten verfügen.

Ä

48

bb) Zunächst hätte der Beklagte den Sachverhalt durch Nachfragen bei den Ärzten, die freie Kapazitäten angegeben hatten, weiter aufklären müssen. Das betrifft in erster Linie die Frage, ob am Standort B W 200 oder 400 Patienten zusätzlich behandelt werden können. So hatten sowohl Dr. S als auch Prof. Dr. R auf Befragung mitgeteilt, dass die zusätzliche Versorgung von bis zu bzw. ca. 200 Patienten zusätzlich pro Quartal problemlos möglich wäre. Unabhängig von der Frage der Verifizierung bzw. Objektivierung der Angaben lässt dies nicht deutlich erkennen, ob es sich bei diesen Angaben um die Kapazität pro Arzt oder für die gesamte Praxis handelt. Die Umfrage der Beklagten an wie sie auch jeweils an die einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) angehörenden Ärzte Dr. S und Prof. Dr. R gerichtet wurde anzielte darauf, inwieweit in Ihrer Praxis die Möglichkeit bestehe, die Erbringung von Leistungen auf dem Gebiet der Onkologie/Hämatologie auszuweiten. Es spricht daher viel dafür, dass sich die Antwort der Ärzte auf die BAG in ihrer Gesamtheit und nicht, wie die Beigeladene zu 1. meint (jeweils Kapazitäten von 200 Patienten, s. S. 6 der Stellungnahme vom 25.4.2018), auf den einzelnen Berufsträger bezieht. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Praxis in B W nur über 1,5 Versorgungsaufträge verfügt. Ausgehend von den durchschnittlichen Fallzahlen der Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie in Hessen im Quartal 3/2017 von 755 pro vollem Versorgungsauftrag, würde eine Minderauslastung von rund 400 Patienten bedeuten, dass die Praxis in B W zum Zeitpunkt der Umfrage allenfalls im Umfang eines Versorgungsauftrags ausgelastet gewesen war.

Ä

49

Weiterer Aufklärungsbedarf besteht ebenfalls, soweit das MVZ am O GmbH mit Praxis in H und Zweigpraxis in F mitgeteilt hat, an beiden Standorten bestehenden Vakanzen, die eine sofortige Therapie einschließlich der Transfusionsmedizin ermöglichen. Das MVZ verfügt laut der Stellungnahme der zu 1. beigeladenen KVV über einen Versorgungsauftrag mit einer Gewichtung von 0,75 im hämatologisch/onkologischen Bereich für beide Standorte. Wie viele weitere Patienten das MVZ tatsächlich übernehmen könnte und an welchem Standort ist völlig offen.

Ä

Ä

50

Soweit der Beklagte zudem auf das am Standort S bestehende onkologische ASV-Angebot verweist, wäre ebenfalls konkret nachzufragen, welche Kapazitäten dort bestehen, da es auch insoweit nur auf reale Versorgungsangebote ankommt.

Ä

51

cc) Im Anschluss wird der Beklagte die von den befragten Ärzten angegebenen freien Kapazitäten insbesondere der Praxen in B W und H bzw F anhand der konkreten durchschnittlichen Fallzahlen dieser Praxen zu verifizieren haben. Die Angaben der Praxen können angesichts der bestehenden Rivalität mit dem MVZ der Klägerin nicht ungeprüft zugrunde gelegt werden. Von einem Konkurrenzverhältnis zwischen Dr. S und Prof. Dr. R einerseits und dem MVZ der Klägerin andererseits geht ersichtlich auch der Beklagte aus, da er diese zum Verfahren hinzugezogen hat ([§ 12 Abs 2 Satz 1 SGB X](#)). Dies trifft aber auch auf das MVZ am O GmbH zu, wo Dr. B früher tätig war.

Ä

52

(1) Nicht ausreichend für eine Verifizierung bzw Objektivierung der Ergebnisse der Umfrage ist vorliegend die Bezugnahme des Beklagten auf Erkenntnisse hinsichtlich der Praxis von Dr. S und Prof. Dr. R aus anderen ähnlich gelagerten Fällen. Es bleibt völlig im Dunkeln, um welche Erkenntnisse es sich hier handelt und wie aktuell diese ggf sind. Zudem ist nicht feststellbar, dass diese Informationen auch dem aus sieben Mitgliedern bestehenden Gremium des Beklagten als Ganzem bei seiner Beschlussfassung vorgelegen haben (vgl zu diesem Aspekt BSG Urteil vom 28.6.2000 [Az: B 6 KA 35/99 R](#) [BVGBl. 86. 242, 252](#) = [SozR 35 2500](#) [§ 101 Nr 5 S 36](#) = [juris RdNr 39](#)).

Ä

(2) Auch die Bezugnahme auf das Abrechnungsvolumen der in der Raumordnungsregion Nordhessen niedergelassenen Onkologen/Hämatologen unter Herausrechnung des Leistungsvolumens der KIÄrgerin iHvÄ 97,06Ä % des hessischen Fachgruppendurchschnitts ist nicht geeignet, um die Angaben der befragten Ärzte zu belegen. Dieser Durchschnittswert von acht Hämatologen und Onkologen in Nordhessen lässt darauf die KIÄrgerin zutreffend hinweisen keinen Rückschluss auf Kapazitäten in einer konkreten Praxis zu. Ein Durchschnittswert ist umso weniger aussagekräftig, je größer die Streuung der Abrechnungswerte ist. Zudem liegt dieser Wert nur geringfügig unter dem hessischen Durchschnitt, sodass er nicht geeignet ist, freie Kapazitäten im Umfang von 200Ä Patienten bzw von 20Ä % der behandelten Patienten zu belegen. 200Ä Patienten entsprechen ausgehend von den durchschnittlichen Fallzahlen bei den hessischen Hämatologen und Onkologen im Quartal 3/2017 von 755Ä einem Anteil von rund 26,5Ä % des hessischen Durchschnittswerts der Fachgruppe. Erst recht erlaubt der Wert von 97,06Ä % keinen Rückschluss auf eventuelle Kapazitäten von Versorgungsangeboten außerhalb des Planungsbereichs.

Ä

(3) Generell gilt, dass Angaben von Praxen über freie Kapazitäten grundsätzlich mit der Information darüber verbunden werden müssen, wie hoch die reale Fallzahl aktuell ist und wie sich diese zum Durchschnitt verhält. Wie oben dargelegt, verlangt der Senat sowohl bei Ermächtigungen als auch bei Sonderbedarfszulassungen, dass die bei der Befragung der zur Bedarfsdeckung in Betracht kommenden Praxen gewonnenen Erkenntnisse möglichst mit objektiven Daten unterlegt sein sollen. Dazu sind in erster Linie die tatsächlichen Fallzahlen der betroffenen Praxen über einen längeren Zeitraum hinweg von Interesse. Eine Praxis mit kontinuierlich weit überdurchschnittlichen Zahlen mag erklären, noch mehr Patienten behandeln zu können, doch müssen die Zulassungsgremien diese Erklärung entsprechend würdigen. Dasselbe gilt was hier nicht einschlägig ist für die Erklärung einer deutlich unterdurchschnittlich ausgelasteten Praxis, keine weiteren Versicherten behandeln zu können oder zu wollen. Eine Überprüfung lediglich durch die Beigeladene zu 1. (ohne Übermittlung der Fallzahlen) ist dagegen nicht ausreichend, da die Entscheidung allein dem Beklagten obliegt und er diese nur treffen kann, wenn ihm die Daten selbst vorliegen. Auch muss der Beklagte selbst entscheiden, welche Daten ihm noch fehlen, um die Umfrageergebnisse überprüfen und eine informierte Entscheidung treffen zu können.

Ä

Die Fallzahlen von Praxen, die nach ihrer örtlichen Lage und fachlichen Ausrichtung den vom (potenziellen) Sonderbedarf erfassten Bedarf decken könnten, dürfen die Zulassungsgremien über die KV auch ohne Einverständnis dieser Praxen ermitteln. Datenschutzrechtliche Belange der betroffenen Praxen oder Ärzte stehen dem nicht entgegen. Allerdings kann anders als die Klägerin meint dies nicht bereits daraus geschlossen werden, dass die zu befragenden Hämatologen/Onkologen in einem geschätzten Markt Leistungen erbringen. Dieser Umstand hat keinen Einfluss auf das durch Art 2 Abs 1 iVm Art 1 Abs 1 GG geschätzte Grundrecht der Vertragsärzte auf informationelle Selbstbestimmung, welches die Befugnis des Einzelnen gewährleistet, grundsätzlich selbst über die Preisgabe und Verwendung seiner persönlichen Daten zu bestimmen (vgl BVerfG Urteil vom 15.12.1983 [1 BvR 209/83](#) [BVerfGE 65, 1, 43](#) und [LS 1](#); BVerfG Beschluss vom 10.11.2020 [1 BvR 3214/15](#) [juris RdNr 71](#)). Jedoch lässt das bereichsspezifische Datenschutzrecht eine Übermittlung der bei der zu 1. beigeladenen KV erhobenen Daten, insbesondere der Fallzahlen einzelner Praxen, an den Beklagten zum Zweck der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und damit auch zur Prüfung eines Antrags auf Zulassung bzw Genehmigung einer Anstellung aufgrund von Sonderbedarf grundsätzlich zu.

Ä

56

(a) SGB I, SGB X und SGB V regeln den Schutz von Sozialdaten grundsätzlich gleichrangig vorbehaltlich ausdrücklich davon abweichender spezialgesetzlicher Kollisionsregeln (vgl BSG Urteil vom 8.10.2019 [B 1 A 3/19 R](#) [BSGE 129, 156](#) = SozR 4-2500 [§ 11 Nr 6, RdNr 32 mwN](#)). [§ 35 Abs 2 Satz 1 SGB I](#) (idF durch Art 19 Gesetz zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes [BVG](#) [und anderer Vorschriften vom 17.7.2017, BGBl I 2541, mWv 25.5.2018](#)) bestimmt: Die Vorschriften des Zweiten Kapitels des Zehnten Buches und der übrigen Bücher des SGB regeln die Verarbeitung von Sozialdaten abschließend, soweit nicht die Datenschutzgrundverordnung (*Verordnung 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27.4.2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG, ABI L 119 vom 4.5.2016, Satz 1; L 314 vom 22.11.2016, S 72*) unmittelbar gilt. Die DSGVO ist mit Wirkung vom 25.5.2018 mit unmittelbarer Wirkung in Kraft getreten (vgl Art 99 Abs 2 DSGVO; BSG Urteil vom 27.6.2018 [B 6 KA 27/17 R](#) [SozR 4-2500 § 295 Nr 4 RdNr 42](#); BSG Urteil vom 18.12.2018 [B 1 KR 40/17 R](#) [SozR 4-7650 Abs 9 Nr 1 RdNr 28](#); Bieresborn, NZS 2017, 887 und 888; Freund/Shagdar, SGB 2018, 195).

Ä

57

Für die Verarbeitungen von Sozialdaten im Rahmen von nicht in den Anwendungsbereich der DSGVO fallenden Tätigkeiten finden die DSGVO und das SGB entsprechende Anwendung, soweit im SGB oder einem anderen Gesetz nichts Abweichendes geregelt ist (vgl. [§ 35 Abs 2 Satz 2 SGB I](#)). Es bedarf im Hinblick auf diese Auffangregelung keiner Vertiefung, ob die DSGVO unmittelbar für die Ermittlungen eines Sonderbedarfs iS des [§ 101 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) iVm [§§ 36, 37](#) BedarfspIRL gilt. Nach Art 2 Abs 2 Buchst a DSGVO findet das Regelwerk keine Anwendung auf die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen einer Tätigkeit, die nicht in den Anwendungsbereich des Unionsrechts fällt. Zum Teil wird unter Hinweis auf Art 168 Abs 7 Satz 1 und 2 Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV, vgl. konsolidierte Fassung [ABl C 202 vom 7.6.2016, S 47](#)) die Ansicht vertreten, der Bereich Krankenversicherung unterfalle nicht dem originären Kompetenzbereich der EU und damit der DSGVO (vgl. etwa *Erbguth, KrV 2019, 1, 3 f zur Tätigkeit des erweiterten Landesausschusses nach § 116b SGB V*; vgl. hierzu auch *BSG Urteil vom 18.12.2018 – B 1 KR 40/17 R – SozR 4 – 7650 Abs 9 Nr 1 Rdnr 29 mwN*; *BSG Urteil vom 18.12.2018 – B 1 KR 31/17 R – BSGE 127, 181 – SozR 4 – 2500 § 284 Nr 4, Rdnr 15*; zum Rückgriff auf das BDSG vgl. *Bieresborn/Giesberts-Kaminski, SGB 2018, 449, 451 f*).

Ä

58

(b) Nach Art 6 Abs 1 Buchst c DSGVO ist die Verarbeitung personenbezogener Daten rechtmäßig, wenn sie zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist, der der Verantwortliche unterliegt; dabei können die Mitgliedstaaten spezifischere Bestimmungen zur Anpassung der Anwendung der Vorschriften dieser Verordnung in Bezug auf die Verarbeitung zur Erfüllung von Abs 1 Buchst c beibehalten oder einführen, indem sie spezifische Anforderungen für die Verarbeitung sowie sonstige Maßnahmen präziser bestimmen (Art 6 Abs 2 DSGVO). Solche Bestimmungen liegen hier vor.

Ä

59

Die datenschutzrechtlichen Regelungen des SGB X verweisen ua auf die bereichsspezifischen Datenschutzregelungen des SGB V. Nach [§ 67a Abs 1 Satz 1 SGB X](#) (idF durch Art 24 Nr 2 des Gesetzes zur Änderung des BVG und anderer Vorschriften vom 17.7.2017, [BGBl I 2541](#), mWv 25.5.2018) ist die Speicherung, Veränderung, Nutzung, Übermittlung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung von Sozialdaten durch die in [§ 35 SGB I](#) genannten Stellen zu denen auch der Beklagte und die zu 1. beigeladene KVV gehören (vgl. [§ 35 Abs 1 Satz 4 SGB I](#): ua im SGB genannte öffentlich-rechtliche Vereinigungen) zulässig, soweit die datenschutzrechtlichen Vorschriften des SGB X oder eine andere Vorschrift des SGB es erlauben oder anordnen. Vorliegend ist [§ 285 SGB V](#) (Personenbezogene Daten bei den

Kassenärztlichen Vereinigungen) einschließl. der in seinen Abs. 1 und 3 die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten der Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte (nach dem Wortlaut der Norm: *â€œEinzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Ärzteâ€œ*) durch die K(Z)Ven regelt (zu den personenbezogenen Daten der Versicherten vgl. [Â§ 285 Abs. 2 SGB V](#)).

Â

60

Dabei kann hier dahinstehen, ob Fallzahlen einer Praxis auch bei einer gemeinschaftlichen Berufsausübung von Ärzten, etwa in einer BAG oder einem MVZ, Sozialdaten oder â€œnurâ€œ Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind. [Â§ 67 Abs. 2 Satz 1 SGB X](#) verweist für die Definition von Sozialdaten auf die DSGVO. Demnach sind Sozialdaten personenbezogene Daten iS von Art. 4 Nr. 1 DSGVO, die von einer der in [Â§ 35 SGB I](#) genannten Stelle im Hinblick auf ihre Aufgaben nach dem SGB verarbeitet werden. â€œPersonenbezogene Datenâ€œ sind nach Art. 4 Nr. 1 DSGVO alle Informationen, die sich auf eine identifizierte oder identifizierbare natürliche Person beziehen; als identifizierbar wird eine natürliche Person angesehen, die direkt oder indirekt, insbesondere mittels Zuordnung zu einer Kennung wie einem Namen, zu einer Kennnummer, zu Standortdaten, zu einer Online-Kennung oder zu einem oder mehreren besonderen Merkmalen, die Ausdruck der physischen, physiologischen, genetischen, psychischen, wirtschaftlichen, kulturellen oder sozialen Identität dieser natürlichen Person sind, identifiziert werden kann. Demnach können auch Fallzahlen einer durch mehrere natürliche Personen betriebenen Praxis oder die Fallzahlen eines in der Form einer juristischen Person â€œwie etwa einer GmbHâ€œ betriebenen MVZ durchaus â€œpersonenbezogene Datenâ€œ darstellen, wenn diese mithilfe weiterer Informationen â€œetwa aufgrund von Kenntnissen über die Fachrichtung, die Tätigkeit eines Arztes an einem Standort der Praxis, oder über die lebenslange Arztnummer (LANR)â€œ einem einzelnen Vertragsarzt zugeordnet werden können. In jedem Fall handelt es sich bei den Fallzahlen der einzelnen Praxen jedoch um Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse iS von [Â§ 67 Abs. 2 Satz 2 SGB X](#), dh. betriebs- oder geschäftsbezogene Daten, auch von juristischen Personen, die Geheimnischarakter haben. Unter den Begriff des Geheimnisses fallen alle Tatsachen, die nur einem beschränkten Personenkreis bekannt sind und an deren Geheimhaltung derjenige, den sie betreffen, ein von seinem Standpunkt aus begründetes (schutzwürdiges) Interesse hat (vgl. *Bieresborn in Schätze, SGB X, 9. Aufl. 2020, Â§ 67 RdNr. 27*). Dies trifft auf die konkreten Fallzahlen einer Vertragsarztpraxis oder eines MVZ in jedem Fall zu. Gemäß [Â§ 35 Abs. 4 SGB I](#) stehen Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse Sozialdaten gleich.

Â

61

Die K(Z)Ärten dürfen Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Ärzte nur erheben und speichern, soweit dies zur Erfüllung u.a. der Sicherstellung und Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der Überprüfung der Zulassung und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich ist ([§ 285 Abs 1 Nr 2 SGB V](#)). Die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten dürfen nur für die Zwecke der Aufgaben nach Abs 1 in dem jeweils erforderlichen Umfang verarbeitet werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des SGB oder eines Gesetzes angeordnet oder erlaubt ist ([§ 13 Abs 5](#) des Infektionsschutzgesetzes angeordnet oder erlaubt ist ([§ 285 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) idF von Art 2 Nr 6 des Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention vom 10.2.2020, [BGBl I 148](#), mWv 1.3.2020; vgl auch Abs 2 Satz 3-6 für die Datenübermittlung zwischen den KÄrten, etwa bei bezirksübergreifend tätigen Ärzten (BAG). Verarbeitung umfasst nach der Legaldefinition in Art 4 Nr 2 DSGVO u.a. auch die Offenlegung durch Übermittlung (zur auch für das deutsche Recht verbindlichen Definition durch Art 4 DSGVO vgl Bieresborn in Schätze, SGB X, 9. Aufl 2020, Vor § 67-85a RdNr 57).

Ä

62

(c) Grundsätzlich ist damit die Übermittlung von Daten, insbesondere von Fallzahlen der befragten Praxen, von der zu 1. beigeladenen KÄrten an den Beklagten, um diesem die Entscheidung über eine beantragte Sonderbedarfszulassung und damit die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu ermöglichen, von [§ 285 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) gedeckt. Sie ist im Sinne dieser Vorschrift erforderlich, wenn nach Auswertung aller anderen Umstände ein Sonderbedarf weder offensichtlich vorliegt noch offensichtlich ausscheidet. Der Senat verkennt nicht, dass mit der Einbeziehung dieser Zahlen in das Verfahren der an einer Sonderbedarfszulassung interessierte Arzt Informationen erhält, die für ihn im Hinblick auf eventuelle Konkurrenzlagen von Interesse sein können und an deren Geheimhaltung die betroffenen Praxen ein Interesse haben können. Wenn jedoch ohne die Kenntnis dieser Zahlen eine fundierte Entscheidung über den Sonderbedarf nicht möglich ist, hat das Interesse daran Vorrang vor dem Geheimhaltungsinteresse der betroffenen Praxen. Selbstverständlich sind die Daten soweit wie möglich zu anonymisieren, aber bei kleinen Arztgruppen und begrenzten Regionen wird sich nicht vermeiden lassen, dass mit der Angabe, die Praxis in X-Stadt habe die Fallzahl Y, sofort für alle Insider klar ist, welche Praxis sich dahinter verbirgt. Das muss indessen hingenommen werden.

Ä

63

Wenn sich nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten der Sachverhaltsermittlung kein klares Bild ergibt, gilt Folgendes: Lässt sich anders als hier nicht

klären, ob am in Aussicht genommen Standort ein bislang nicht gedeckter Bedarf besteht, geht das zu Lasten des an einer Zulassung interessierten Arztes. Lässt sich dagegen (nur) nicht klären, ob andere Praxen den Bedarf decken können, kann ein Sonderbedarf nicht verneint werden. Das gilt umso mehr, wenn die für die Bedarfsdeckung in Betracht kommenden Praxen für die Versicherten nur unter Ausschöpfung der oben dargestellten Grenzwerte für die zumutbaren Fahrzeiten erreicht werden können.

Ä

64

Nach diesen Grundsätzen wird der Beklagte weitere Ermittlungen, auch über Änderungen in der Versorgungslage seit Erlass der hiermit aufgehobenen Entscheidung anstellen und dann unter Inanspruchnahme des ihm zustehenden Beurteilungsspielraums erneut entscheiden müssen.

Ä

Ä

65

C. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO](#). Danach hat der Beklagte als letztlich unterlegener Beteiligter die Kosten des Verfahrens zu tragen. Eine Erstattung der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, da diese keinen eigenen Antrag gestellt haben ([§ 162 Abs 3 VwGO](#), vgl BSG Urteil vom 31.5.2006 [B 6 KA 62/04 R](#) [BSGE 96, 257](#) = [SozR 4-1300 § 63 Nr 3, RdNr 16](#)).

Ä

66

D. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2](#) und [§ 3 Satz 1 Nr 2, § 52 Abs 1](#) sowie [§ 47 Abs 1 GKG](#). Dabei ist grundsätzlich entsprechend der üblichen Vorgehensweise in Zulassungssachen (vgl BSG Beschluss vom 1.9.2005 [B 6 KA 41/04 R](#) [SozR 4-1920 § 52 Nr 1 RdNr 6 f](#); BSG Beschluss vom 12.10.2005 [B 6 KA 47/04 B](#) [MedR 2006, 236](#); vgl zuletzt BSG Beschluss vom 16.2.2021 [B 6 KA 19/20 B](#) [juris RdNr 15](#)) von den zusätzlichen Einnahmen der Klägerin aus einer auf einen vollen Versorgungsauftrag erweiterten Tätigkeit des Dr. B unter Zugrundelegung eines Zeitraums von drei Jahren (zur Aufgabe der Begrenzung auf zwei Jahre bei angestellten Ärzten vgl BSG Beschluss vom 27.11.2006 [B 6 KA 38/06 B](#) [MedR 2007, 202](#) = [juris RdNr 1](#)) auszugehen, dh von der Höhe des von dem MVZ in diesem Zeitraum durch den Erhalt eines (weiteren) helfenden

Versorgungsauftrages erzielbaren Umsatzes ab¹/₄glich des Praxiskostenanteils. Soweit der Senat dabei in der Vergangenheit bei einem Rechtsstreit ¹/₄ber die Anstellung eines Arztes auch das f¹/₄r den angestellten Arzt zu zahlende Gehalt in Abzug gebracht hat (BSG Beschluss vom 7.1.1998 [6Â RKa 84/95](#) [MedR 1998, 186](#) =¹/₄ juris RdNr¹/₄ 2; vgl auch BSG Beschluss vom 27.11.2006 [BÂ 6Â KA 38/06](#) [BÂ](#) [MedR 2007, 202](#) =¹/₄ juris RdNr¹/₄ 2), h¹/₄lt er hieran nicht mehr fest. Die Stellung des angestellten Arztes ist der des Vertragsarztes weitestgehend angen¹/₄hert (zur statusbezogenen Ann¹/₄herung von angestellten ¹/₄rzten und Vertrags¹/₄rzten vgl zuletzt BSG Urteil vom 13.5.2020 [BÂ 6Â KA 11/19](#) [R](#) [SozR 4](#) [2500](#) [103](#) [Nr](#) [30](#) [RdNr](#) [31](#) [f mwN](#)). Im Vordergrund steht der wirtschaftliche Wert des Versorgungsauftrags, der bei Vertrags¹/₄rzten und angestellten ¹/₄rzten nicht unterschiedlich bemessen werden kann, insbesondere wenn ¹/₄ mangels konkreter Umsatzzahlen¹/₄ ¹/₄ auf die durchschnittlichen Ums¹/₄tze der jeweiligen Arztgruppe abgestellt wird (vgl hierzu BSG Beschluss vom 25.9.2005 [BÂ 6Â KA 69/04](#) [BÂ](#) [juris RdNr](#) [1](#); BSG Beschluss vom 12.10.2005 [BÂ 6Â KA 47/04](#) [BÂ](#) [juris RdNr](#) [2](#)).

Â

67

Ausgehend von den bundesweiten durchschnittlichen Ums¹/₄tzen der Arztgruppe der H¹/₄matologen/Onkologen iH von 99¹/₄ 039¹/₄ Euro im Quartal 2/2019 pro Arzt ergibt sich bei einem Verh¹/₄ltnis von 1034¹/₄ ¹/₄rzten zu nur 853,75¹/₄ Versorgungsauftr¹/₄gen ein Umsatz von rund 120¹/₄ 220¹/₄ Euro pro Quartal bei einem vollem Versorgungsauftrag bzw 60¹/₄ 110¹/₄ Euro f¹/₄r eine halbe Stelle. Abz¹/₄glich eines Kostenanteils von 60¹/₄ % (36¹/₄ 066¹/₄ Euro), errechnet sich ein Betrag von 24¹/₄ 044¹/₄ Euro f¹/₄r eine halbe Stelle pro Quartal bzw von 288¹/₄ 528¹/₄ Euro f¹/₄r zw¹/₄lf Quartale. Eine Reduzierung des Streitwerts unter dem Gesichtspunkt, dass nur eine Sonderbedarfszulassung begehrt wird, kommt nicht in Betracht (BSG Beschluss vom 12.10.2005 [BÂ 6Â KA 47/04](#) [BÂ](#) [juris RdNr](#) [5](#)).

Â

Erstellt am: 24.01.2022

Zuletzt ver¹/₄ndert am: 21.12.2024