

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 38/12 B

L 11 KA 32/10 (LSG Nordrhein-Westfalen)
S 2 KA 2/09 (SG Düsseldorf)

.....,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein,
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 6. Februar 2013 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richter Dr. D ü r i n g und den Richter E n g e l h a r d sowie den ehrenamtlichen Richter Dr. S e e g e r s und die ehrenamtliche Richterin Dr. Z e c h beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landesozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 1. Februar 2012 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 60 000 Euro festgesetzt.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Gründe:

I

- 1 Im Streit steht die Genehmigung einer Zweigpraxis.
- 2 Die Klägerin ist als Ärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Schwerpunkt "Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin" in G (Rheinkreis N) niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie verfügt über die Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen. Im Juni 2007 beantragte die Klägerin bei der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) die Genehmigung einer - etwa 25 km vom Praxissitz entfernten - Nebenbetriebsstätte im Stadtzentrum von D , ausschließlich zur Erbringung reproduktionsmedizinischer Leistungen. Die Beklagte lehnte den Antrag ab, da eine Versorgungsverbesserung in D nicht festgestellt werden könne. Widerspruch, Klage und Berufung, mit denen die Klägerin insbesondere geltend gemacht hat, die Beklagte habe die Bedarfs- und Versorgungssituation nicht ermittelt und ihrer Entscheidung einen unrichtigen Sachverhalt zugrunde gelegt, sind ohne Erfolg geblieben (*Widerspruchsbescheid vom 16.12.2008, Urteil des SG vom 10.2.2010, Urteil des LSG vom 1.2.2012*).
- 3 Das LSG hat ausgeführt, die Beklagte sei im Rahmen ihres Beurteilungsspielraums beanstandungsfrei zu dem Ergebnis gelangt, dass der Betrieb der geplanten Zweigpraxis nicht zu einer Versorgungsverbesserung in D führe. Sie habe den Sachverhalt vollständig und richtig ermittelt, indem sie den Vortrag der Klägerin sowie den Schriftwechsel zu dem Verfahren, das vom Universitätsklinikum D im Jahr 2006 über die (abgelehnte) Erneuerung der Ermächtigung zur Sterilitätsbehandlung mit den Dres. S ua geführt worden sei, beigezogen und zur Grundlage ihrer Entscheidung gemacht habe. Für eine Veränderung der Versorgungslage zugunsten der Klägerin gebe es keine Anhaltspunkte. Die Beklagte habe auch die durch die unbestimmten Rechtsbegriffe "Verbesserung der Versorgung" und "ordnungsgemäße Versorgung" vorgegebenen Grenzen eingehalten. Ihre Entscheidung, für die Leistungen der künstlichen Befruchtung könne nicht auf traditionelle Planungsbereiche abgestellt werden, da erfahrungsgemäß interessierte Paare den Spezialisten ihrer Wahl aufsuchten, ohne vorrangig der Entfernung zwischen Wohnort und Praxis Rechnung zu tragen, sei beurteilungsfehlerfrei. Die Beklagte weise zutreffend darauf hin, dass es den Versicherten freistehe, über die Grenzen eines Planungsbereichs hinweg einen Arzt ihres Vertrauens aufzusuchen. Wenn sie - wie bei der Klägerin - von diesem Recht Gebrauch machten und offensichtlich bereit seien, auch größere Entfernungen hinzunehmen, rechtfertige dies nicht die Erteilung einer Zweigpraxisgenehmigung an einem mit reproduktionsmedizinischen Leistungen hinreichend versorgten Standort. Die Beurteilung der Beklagten stehe im Einklang mit der Rechtsprechung des BSG, welches festgestellt habe, dass für spezielle Leistungen grundsätzlich auch Wege von mehr als 25 km zumutbar seien. Aus



dem regional "größeren" Einzugsbereich des Vertragsarztes könne sich keine Versorgungsverbesserung ableiten. Die Beklagte habe schließlich ihre Erwägungen so verdeutlicht und begründet, dass die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und (noch) nachvollziehbar sei; jedenfalls habe sie ihren Vortrag in der mündlichen Verhandlung zulässigerweise ergänzt.

- 4 Mit ihrer Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision in diesem Urteil macht die Klägerin die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache (*Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG*) geltend.

II

- 5 Die Beschwerde der Klägerin hat keinen Erfolg.
- 6 Die Revision ist nicht wegen grundsätzlicher Bedeutung zuzulassen. Die Beschwerde ist - bei unterstellter Zulässigkeit - jedenfalls unbegründet. Die Revisionszulassung wegen grundsätzlicher Bedeutung setzt eine Rechtsfrage voraus, die in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*vgl BSG SozR 4-1500 § 153 Nr 3 RdNr 13 mwN; BSG SozR 4-1500 § 160 Nr 5 RdNr 3*). Der Zulassungsgrund der grundsätzlichen Bedeutung setzt voraus, dass die klärungsbedürftige Rechtsfrage für den zu entscheidenden Fall erheblich, die Frage mithin in dem Sinne klärungsfähig ist, dass die Klärung durch das Revisionsgericht erwartet werden kann; dies schließt auch die Entscheidungserheblichkeit mit ein (*Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG 10. Aufl 2012, § 160 RdNr 9 mwN*). Klärungsfähigkeit im Sinne von Entscheidungserheblichkeit ist auch dann zu verneinen, wenn eine klärungsbedürftige Rechtsfrage im konkreten Rechtsstreit nicht notwendigerweise beantwortet werden muss, weil die Entscheidung der Vorinstanz mit anderer rechtlicher Begründung bestätigt werden kann (*vgl BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 5*).
- 7 Nach diesen Maßstäben ist die Rechtsfrage,
ob einer Bejahung des Tatbestandsmerkmals der "Verbesserung der Versorgung" in quantitativer Hinsicht bei einer Vertragsärztin, die spezielle Leistungen erbringt, entgegensteht, dass Patientinnen und Patienten bei speziellen Leistungen grundsätzlich Wege von 25 km und mehr zumutbar sind, so dass eine Zweigpraxis in diesem räumlichen Bereich nicht zu einer Verbesserung der Versorgung führt, jedenfalls nicht klärungsfähig (entscheidungserheblich). Diese Frage stellt sich - logisch nachrangig - erst dann, wenn zuvor die Frage bejaht worden ist, dass die Filialtätigkeit eines Vertragsarztes in einem mit den von ihm angebotenen Leistungen ausreichend versorgten



"weiteren Ort" dem Grunde nach zu einer quantitativen Verbesserung der Versorgung im Sinne des § 24 Abs 3 Ärzte-ZV führen würde. Kommt eine quantitative Versorgungsverbesserung von vornherein nicht in Betracht, kommt es auch nicht darauf an, ob einer solchen auch weitere Gründe entgegenstehen. So liegt es hier.

- 8 Zunächst ist zu beachten, dass nach der Senatsrechtsprechung eine Verbesserung der Versorgung im Sinne des § 24 Abs 3 Ärzte-ZV in erster Linie bei einer qualitativen Veränderung des Leistungsangebots gegeben sein kann, während eine lediglich quantitative Erweiterung des bestehenden Versorgungsangebots nur "unter gewissen Umständen" als Verbesserung in Betracht kommt (*vgl BSGE 105, 10 = SozR 4-5520 § 24 Nr 3, RdNr 52*). Daraus ergibt sich, dass die Annahme einer quantitativen Versorgungsverbesserung die Ausnahme sein wird. Der Senat hat bereits festgestellt, dass das bloße Hinzutreten eines weiteren Behandlers keine Versorgungsverbesserung darstellt (*BSGE 105, 10 = SozR 4-5520 § 24 Nr 3, RdNr 50*). Als mögliche Fallbeispiele für eine ausnahmsweise anzunehmende quantitative Versorgungsverbesserung hat der Senat - neben einer Verringerung von Wartezeiten und etwa dem Angebot von Abend- und Wochenendsprechstunden - die "bessere Erreichbarkeit" benannt (*BSGE 105, 10 = SozR 4-5520 § 24 Nr 3, RdNr 52 - unter Bezugnahme auf Orlowski/Halbe/Karch, Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, 2. Aufl 2008, S 98; BSGE 107, 230 = SozR 4-5525 § 24 Nr 2, RdNr 19; BSG SozR 4-5525 § 24 Nr 1 RdNr 14*): "Im Einzelfall - allerdings wohl nur bei größeren "weiteren Orten" iS des § 24 Abs 3 Ärzte-ZV/Zahnärzte-ZV - kann dies auch im Falle besserer Erreichbarkeit der Zweigpraxis gelten".
- 9 Der vorliegenden Rechtsprechung des Senats lässt sich entnehmen, dass es entgegen der Auffassung der Klägerin für die Frage der quantitativen Versorgungsverbesserung nicht darauf ankommen kann, dass durch die Einrichtung einer Zweigpraxis die Erreichbarkeit für die Versicherten, die bereits Patienten des betreffenden Vertragsarztes sind, verbessert wird. Vielmehr ist zur Beurteilung einer Verbesserung der Erreichbarkeit auf die am "weiteren Ort" lebenden Versicherten als solche abzustellen. Dies ergibt sich bereits aus der Begriffsbestimmung, die der Senat in ständiger Rechtsprechung einer "Versorgungsverbesserung" gegeben hat. Danach ist es erforderlich, aber auch ausreichend für eine Versorgungsverbesserung, dass das bestehende Leistungsangebot "zum Vorteil der Versicherten" in qualitativer - unter bestimmten Umständen aber auch in quantitativer - Hinsicht erweitert wird (*vgl BSGE 105, 10 = SozR 4-5520 § 24 Nr 3, RdNr 51; BSGE 107, 230 = SozR 4-5525 § 24 Nr 2, RdNr 19; BSG SozR 4-5525 § 24 Nr 1 RdNr 14*).
- 10 Für eine quantitative Versorgungsverbesserung durch eine bessere Erreichbarkeit der Zweigpraxis kommt es also darauf an, ob sich an dem "weiteren Ort", der an sich mit den in Rede stehenden Leistungen bereits ausreichend versorgt ist, für die dort lebenden Versicherten der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung dadurch verbessert, dass sich die für das Aufsuchen einer in Frage kommenden Praxis benötigte Zeit durch eine Verkürzung der Wege



bzw eine bessere Verkehrsanbindung signifikant verringert. Dies kann - wie der Senat durch den Einschub "allerdings wohl nur bei größeren weiteren Orten" verdeutlicht hat - in Ausnahmefällen ggf dann in Betracht kommen, wenn in einer Großstadt das spezifische Versorgungsangebot auf das Stadtzentrum konzentriert ist, während die "Vororte" unversorgt bleiben. Dass ein derartiger (Ausnahme-)Fall vorliegend gegeben ist, hat das LSG jedoch nicht festgestellt. Dem steht im Übrigen schon entgegen, dass der projektierte Ort der Zweigpraxis - K straße - nahe des D Hauptbahnhofs liegt. Somit fehlt es bereits dem Grunde nach an einer quantitativen Versorgungsverbesserung, sodass die Frage, ob eine auf eine bessere Erreichbarkeit gestützte quantitative Versorgungsverbesserung bei bestimmten spezialisierten Leistungen ganz generell nicht in Betracht kommt, keiner Antwort bedarf.

- 11 Auch wenn der Senatsrechtsprechung § 24 Abs 3 Ärzte-ZV in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung zugrunde liegt, rechtfertigt die durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz erfolgte Änderung der Norm keine andere Beurteilung. Diese betrifft allein das Tatbestandsmerkmal einer Beeinträchtigung der Versorgung am Ort des Vertragsarztsitzes (§ 24 Abs 3 Satz 1 Nr 2 Ärzte-ZV), nicht jedoch das Merkmal einer Versorgungsverbesserung (§ 24 Abs 3 Satz 1 Nr 1 Ärzte-ZV). Die hierzu ergangene Rechtsprechung ist daher uneingeschränkt weiter anzuwenden.
- 12 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm §§ 154 ff Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Als unterlegene Beteiligte hat die Klägerin auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu tragen (§ 154 Abs 2 VwGO).
- 13 Die Festsetzung des Streitwerts entspricht den Festsetzungen der Vorinstanz vom 3.9.2012, die von keinem der Beteiligten in Frage gestellt worden ist (§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1, § 47 Abs 1 und 3 Gerichtskostengesetz).

