

Ermächtigung des Zulassungsausschusses bedarf und inhaltlich eine Versorgungsverbesserung vorliegen muss (hierzu nachfolgend Rn. 14 und 15).

Ob für den Betrieb der **Zweigpraxis** nur eine **Genehmigung der KV** 14 **oder eine Ermächtigung des Zulassungsausschusses** erforderlich ist, hängt davon ab, ob die Zweigpraxis im Bezirk derselben KV wie der Vertragsarztsitz gelegen ist: Ist dies der Fall, so ist gemäß § 24 III 5 die KV für die Entscheidung über die Genehmigung zuständig. Ist die Zweigpraxis im Bezirk einer anderen KV gelegen, so ist gemäß § 24 III 6 Hs. 1 der für den Ort der **Zweigpraxis zuständige Zulassungsausschuss** für die Erteilung einer Ermächtigung zuständig; vor seiner Entscheidung muss er gemäß § 24 III 6 Hs. 2 den Zulassungsausschuss, in dessen Bezirk der Vertragsarztsitz liegt, und die **beiden beteiligten KV anhören**. In einem Prozess zwischen dem Vertragsarzt und dem Zulassungs- bzw. Berufungsausschuss sind die beiden KV – ebenso wie alle betroffenen KK – notwendig beizuladen (*BSG* vom 13.5.2015¹). Die Genehmigung bzw. Ermächtigung ist **vorab zu erteilen**; bevor sie erteilt worden ist, ist ein Betreiben der Zweigpraxis nicht zulässig (§ 24 III 5: „*vorherige Genehmigung*“; ebenso § 15a II 1 *BMV-Ä*); und sie darf ebenso wie auch alle anderen Akte der Einräumung oder auch Entziehung eines Status nur **ex nunc – nicht mit Rückwirkung** – erfolgen (vgl. *BSG* vom 11.3.2009², vom 5.6.2013³ und vom 28.8.2013⁴).

Inhaltlich hängt die Erteilung der Genehmigung bzw. Ermächtigung 15 davon ab, ob die **Anforderungen des § 24 III 1** erfüllt sind. Mit der Frage, unter welchen Voraussetzungen eine Versorgungsverbesserung gemäß § 24 III 1 Nr. 1 gegeben ist, hat sich das *BSG* wiederholt befasst. Es hat seine *Rspr.* im Urteil vom 5.6.2013⁵ zusammengefasst und unter

1 B 6 KA 23/14 R, *SozR* 4-5520 § 32 Nr. 5 = *ZMGR* 2015, 411 = *GesR* 2015, 659 = *MedR* 2016, 80 = *juris*, jeweils Rn. 13–15.

2 B 6 KA 15/08 R, *SozR* 4-2500 § 96 Nr. 1 = *GesR* 2009, 534 = *MedR* 2010, 128 = *USK* 2009-38 = *Breithaupt* 2010, 21 = *juris*, jeweils Rn. 15.

3 B 6 KA 4/13 B, *MedR* 2013, 826 = *ZMGR* 2013, 340 = *juris*, jeweils Rn. 10.

4 B 6 KA 36/12 R, *SozR* 4-2500 § 101 Nr. 15 = *MedR* 2014, 338 = *juris*, jeweils Rn. 20 m.w.N.

5 B 6 KA 29/12 R, *BSGE* 113, 291 = *SozR* 4-5520 § 24 Nr. 9 = *KrV* 2013, 209 = *MedR* 2014, 598 = *NZS* 2013, 875 = *Breithaupt* 2014, 200 = *juris*, jeweils Rn. 25 ff.

Bezugnahme hierauf nochmals im Urteil vom 16.12.2015¹ kurz resümiert. Danach ist es für eine Versorgungsverbesserung **unzureichend**, wenn – prognostisch vorausgeschätzt –

- nur die Möglichkeiten der **Arztwahl erweitert** werden würden (BSG 16.12.2015, Rn. 19),
- sich durch das Hinzukommen der Zweigpraxis nur **geringfügige Verkürzungen der Wartezeiten** ergeben (BSG 16.12.2015, Rn. 25).²

16 Nicht erforderlich, vielmehr **irrelevant** ist, ob

- ein **Versorgungs„bedarf“** besteht, wie überhaupt Gesichtspunkte der **Bedarfsplanung** und Bedarfsplanungs-Richtlinie bedeutungslos sind (BSG 16.12.2015, Rn. 19 und 23),
- **wie viele Patienten** an dem „weiteren Ort“ das zusätzliche Angebot nutzen werden (BSG 16.12.2015, Rn. 21–25 <24>),
- die in Aussicht genommene Zweigpraxistätigkeit voraussichtlich **wirtschaftlich tragfähig** sein wird (BSG 16.12.2015, Rn. 19).

17 **Ausreichend für eine Versorgungsverbesserung** ist es, wenn für die Versicherten ein **greifbarer Vorteil in quantitativer oder qualitativer Hinsicht** zu erwarten ist, z.B.:

- eine Zweigpraxis mit einem **MRT** in einer Ortschaft bzw. Stadt mit **7.500 Einwohnern**, die bisher solche Untersuchungen nur in einer Entfernung von 15 km – oder im eigenen KV-Bezirk von 40 km – zur Verfügung hatten (BSG 16.12.2015, Rn. 21 am Ende),
- der Zweigpraxisbetreiber über **qualifikationsgebundene Genehmigungen** nach § 135 II SGB V verfügt, die kein anderer Arzt in räumlicher Nähe hat (BSG 16.12.2015, Rn. 20),
- im Vergleich zur bisherigen Versorgung ein **differenzierteres Leistungsspektrum** angeboten wird (BSG 16.12.2015, Rn. 20),

1 B 6 KA 37/14 R, SozR 4-5520 § 24 Nr. 12 = ZMGR 2016, 176 = GesR 2016, 308 = MedR 2016, 839 = juris, jeweils Rn. 19 f.

2 Aber Versorgungsverbesserung dann, wenn Wartezeiten verringert werden und zugleich die bisher ungleichmäßige Verteilung der Ärzte im Planungsbereich in relevantem Maß gemindert wird: Vgl. zum Bereich der Kieferorthopäden, bei denen die Erreichbarkeit für Kinder und Jugendliche zu Fuß oder per Fahrrad wichtig ist, BSG vom 9.2.2011 – B 6 KA 3/10 R, BSGE 107, 230 = SozR 4-5525 § 24 Nr. 2 = USK 2011-13 = GesR 2011, 431 = MedR 2011, 742 = juris, jeweils Rn. 19 m.w.N.

- in der Zweigpraxis eine bisher nicht angebotene **besondere Untersuchungs- oder Behandlungsmethode** angewendet wird (BSG 16.12.2015, Rn. 20).

Diese Aufzählungen sind nicht abschließend. Es kann weitere 18 Gesichtspunkte geben, die eine Versorgungsverbesserung begründen. Im Rahmen eines Gesichtspunkts der Versorgungs„verbesserung“ können aber auch gegenläufige Gesichtspunkte eine Rolle spielen; so etwa kann eine Zweigpraxis außer gewissen **Verbesserungen auch zugleich Nachteile** dadurch mit sich bringen, dass der Arzt in seiner Zweigpraxis nur zeitlich eng limitiert für die Versorgung zur Verfügung steht und dadurch die von ihm dort betreuten Patienten für eventuell erforderliche Nachbehandlungen und ggf. auch Notfallbehandlungen andere Ärzte aufsuchen müssen, die weder bereits den Patienten kennen noch die Unterlagen über die bisherige Behandlung einschließlich z.B. Röntgenaufnahmen zur Verfügung haben; das kann zu zusätzlichem Aufwand und Mehrkosten führen (vgl. dazu – zu einem Kieferorthopäden – BSG vom 5.6.2013¹). Sind derartige Nachteile gegeben, so hat eine **Saldierung der Vor- und Nachteile** zu erfolgen, wobei die Zulassungsgremien in Anwendung ihres Beurteilungsspielraums die Vor- und die Nachteile zu gewichten und gegeneinander abzuwägen haben (vgl. BSG 16.12.2015, Rn. 27 am Ende).

Über die Notwendigkeit einer Versorgungsverbesserung gemäß § 24 III 19 1 Nr. 1 hinaus darf gemäß § 24 III 1 Nr. 2 auch **nicht** die ordnungsgemäße **Versorgung am Hauptsitz des Praxisinhabers beeinträchtigt** werden, es sei denn, diese Beeinträchtigung wäre nur geringfügig und würde durch die Versorgungsverbesserung aufgewogen werden. Einen Fall unzuträglicher Beeinträchtigung der Versorgung am Hauptsitz hat das BSG im Fall eines Kinderkardiologen angenommen, der jeweils freitags und samstags die Zweigpraxis betreiben wollte, wodurch die kinderkardiologische Versorgung am Hauptsitz notleidend geworden wäre – er war in der dortigen Region der einzige Kinderkardiologe –

1 B 6 KA 29/12 R, BSGE 113, 291 = SozR 4-5520 § 24 Nr. 9 = KrV 2013, 209 = MedR 2014, 598 = NZS 2013, 875 = Breithaupt 2014, 200 = juris, jeweils Rn. 27 m.w.N.

(BSG vom 9.2.2011¹). Der Praxisinhaber kann auf **Vertretungsmöglichkeiten nicht** verweisen; denn eine Vertretung ist gemäß § 32 I 2 ff. Ärzte-ZV nur für die Fälle berechtigter Abwesenheit durch Krankheit, Urlaub oder Fortbildung usw. vorgesehen; der Fall einer Abwesenheit wegen Tätigkeit in einer Zweigpraxis ist nicht erfasst (BSG vom 9.2.2011²).

- 20 **Besondere Regelungen** gelten aufgrund von § 15a II 2–6 BMV-Ä für **Anästhesisten**. Jeder Ort einer weiteren Tätigkeit, auch in Vertragszahnarztpraxen, ist eine genehmigungspflichtige Nebenbetriebsstätte (§ 15a II 2 und 3 BMV-Ä); für die Genehmigung zuständig ist die KV am Vertragsarztsitz, dies auch dann, wenn der Tätigkeitsort in einem anderen KV-Bezirk liegt (§ 15a II 6 BMV-Ä). In inhaltlicher Hinsicht ist die Genehmigung zu erteilen, wenn die Versorgung durch die Anzahl der Nebenbetriebsstätten nicht gefährdet ist (§ 15a II 5 BMV-Ä). Erbringt der Anästhesist schmerztherapeutische Leistungen, so ist zusätzlich erforderlich, dass die Voraussetzungen des § 24 III 1 Ärzte-ZV vorliegen, d.h. eine Verbesserung der Versorgung im Sinne von obiger Rn. 15–18 gegeben ist (§ 15a II 4 und 6 Hs. 2 BMV-Ä).
- 21 Die Zweckmäßigkeit dieser Sonderregelungen für Anästhesisten ist umstritten: Zum einen wird darauf hingewiesen, dass die Notwendigkeit, bei Erbringung anästhesistischer Leistungen in anderen Arzt- und Zahnarztpraxen eine Zweigpraxisgenehmigung für jede dieser Praxen einholen zu müssen, der besonderen Tätigkeitsstruktur des Anästhesisten nicht gerecht werde.³ Zum anderen erscheint die dem § 15a II 5 zugrunde liegende Annahme, aus der Anzahl der Nebenbetriebsstätten könne sich eine Gefährdung der Versorgung ergeben, wenig realitäts-

1 B 6 KA 7/10 R, SozR 4-5520 § 24 Nr. 5 = USK 2011-11 = GesR 2011, 429 = Breithaupt 2011, 998 = juris, jeweils Rn. 14 ff., 22; das BSG hob hervor, dass die Fahrstrecke zwischen Hauptsitz und anvisierter Zweigpraxis mehr als eine Stunde und die Entfernung mehr als 125 km betrug, sowie, dass am Hauptsitz kein organisierter Notfalldienst bestand (Rn. 14–17). – Vgl. auch – zu einem Kieferorthopäden – BSG vom 9.2.2011 – B 6 KA 3/10 R, BSGE 107, 230 = SozR 4-5525 § 24 Nr. 2 = USK 2011-13 = GesR 2011, 431 = MedR 2011, 742 = juris, jeweils Rn. 31 und 32.

2 B 6 KA 7/10 R, SozR 4-5520 § 24 Nr. 5 = USK 2011-11 = GesR 2011, 429 = Breithaupt 2011, 998 = juris, jeweils Rn. 21.

3 Vgl. dazu Schiller/Steinhilper Bundesmantelvertrag Ärzte, 2014, § 15a Rn. 11. Vgl. auch Engelmann MedR 2002, 569.