

EindV auch sonst keine Regelungen zur Zweckbindung der Datenverwendung. Eine damit von der Verordnung in Kauf genommene Preisgabe sensibler Gesundheitsdaten des vorgenannten Ausmaßes stellt einen gravierenden Eingriff in die Rechte des Ast. dar.

Der AG. hat nicht dargelegt, dass bei Erfolg des Antrags auf einstweiligen Rechtsschutz vergleichbare schwere Folgen in Rede stehen. Der Erlass der einstweiligen Anordnung hat nicht zur Folge, dass die Nachweispflicht für Personen, denen die Verwendung einer Mund-Nasen-Bedeckung wegen einer Behinderung oder aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich oder unzumutbar ist, gänzlich entfällt. Vielmehr ist die Befreiung aus gesundheitlichen Gründen vor Ort – wie bis zum Erlass der 3. SARS-CoV-2-EindV – durch ein ärztliches Zeugnis, das Namen und Geburtsdatum enthält, d. h. eine Identifikation erlaubt, nachzuweisen. Soweit der AG. geltend macht, er habe die Anforderungen an das ärztliche Zeugnis präzisiert, um der Gefahr von Gefälligkeitsattesten „wirksam vorzubeugen“, hat er diese Gefahr bereits nicht hinreichend belegt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Maskenpflicht nur dann unterlaufen zu werden droht, wenn Gefälligkeitsatteste in nennenswertem Umfang im Raume stünden. Hierfür führt der AG. indes nichts an. Vielmehr verweist er zu Recht selbst darauf, dass das Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse nach § 278 StGB strafbewehrt ist. Soweit er auf verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung (VG Würzburg, Beschl. v. 16. 9. 2020 – W 8 E 20.1301 –, juris, Rdnr. 22; VG Düsseldorf, Beschl. v. 25. 8. 2020 – 18 L 1608/20 –, juris, Rdnr. 37; BayVGH, Beschl. v. 26. 10. 2020 – 20 CE 20.2185 –, juris, Rdnr. 19) Bezug nimmt, betrifft diese bereits nicht die (aktuelle) Situation im Land Brandenburg. Unabhängig hiervon ist diese Rechtsprechung zu Anträgen auf Feststellung, dass eine Befreiung von der Maskenpflicht aus gesundheitlichen Gründen im Einzelfall besteht, ergangen. In diesen Fällen war die Prüfung jeweils nicht von privaten Stellen, sondern von einem ohnehin datenschutzrechtlichen Bindungen unterliegenden Gericht vorgenommen worden. Soweit darin im Einzelfall festgestellt wird, dass das Gericht ein ärztliches Attest als Nachweis für eine Befreiung aus gesundheitlichen Gründen nur dann für ausreichend überprüfbar hält, wenn dieses auch eine medizinische Diagnose und die sich hieraus ergebenden Folgen für das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung beschreibt, bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass eine wirksame Kontrolle des Befreiungstatbestandes die Vorlage eines solchen Attestes „vor Ort“ überall dort, wo eine Maskenpflicht gilt, erfordert.

Anmerkung zu OVG Berlin-Brandenburg, Beschl. v. 4. 1. 2021 – OVG 11 S 132/20:

Bernd Klemp

Dass die Diagnose eine entscheidende Rolle für die Freistellung von der Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung spielt, steht außer Frage. Dass diese jedoch nicht in allen Situationen in dem Originalattest preisgegeben werden müsste, hat das Gericht richtigerweise erkannt.

Um Diskriminierungen zu vermeiden und das allgemeine Persönlichkeitsrecht zu schützen, ist es angemessen im öffentlichen Raum – u. a. bei alltäglichen Einkaufssituationen, in der Apotheke, in der Poststelle oder in öffentli-

chen Verkehrsmitteln – auf die Offenbarung der Diagnose zu verzichten. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Pandemie wird die Glaubhaftmachung der Freistellungssituation durch Nichtangabe der Diagnose im Originalattest nicht erschüttert, da es keine Anhaltspunkte gibt, dass Gefälligkeitsatteste von Ärzten ausgestellt würden.

Vergleichbar zu anderen Entscheidungen¹, wo innerhalb des Schulbetriebs die Diagnose im Attest enthalten sein sollte, besteht dort nicht die Gefahr, dass datenschutzwidriger Umgang gegeben sei. Denn das Attest wird in einem geschützten Rahmen vorgezeigt, wo interne Vorschriften den Umgang von persönlichen Daten gewährleisten.

Daher wird es angemessen sein anhand Einzelfallbetrachtungen zu entscheiden, wann die Diagnose im Attest enthalten sein sollte und wann nicht. Im öffentlichen Raum, wo der datenschutzkonforme Umgang nicht gewährleistet werden kann, überwiegt der Schutz des allgemeinen Persönlichkeitsrechts des Freigestellten.

1) Z. B. OVG Münster, Beschl. v. 24. 9. 2020 – 13 B 1368/20.

<https://doi.org/10.1007/s00350-021-6069-6>

Voraussetzungen einer Sonderbedarfsfeststellung

GG Art. 12 Abs. 1; SGB V §§ 95 Abs. 2, 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 3, 285 Abs. 1, Abs. 3 S. 1; BedarfsplanungsRL §§ 36, 37; DSGVO Art. 6 Abs. 1 und 2

1. In einem Rechtsstreit über eine Sonderbedarfsanstellung ist die Beiladung des anzustellenden Arztes nicht erforderlich.

2. Bei der Entscheidung über eine Sonderbedarfszulassung oder -anstellung sind die Grundsätze über Vornahmeklagen anzuwenden. Danach sind grundsätzlich alle Tatsachenänderungen bis zur mündlichen Verhandlung der letzten Tatsacheninstanz und alle Rechtsänderungen bis zum Abschluss der Revisionsinstanz zu berücksichtigen.

3. Auch eine Zusatzweiterbildung oder eine Zusatzbezeichnung kann einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf begründen, wenn sie den in § 37 Abs. 1 BedarfsplanungsRL genannten Qualifikationen vom zeitlichen und qualitativen Umfang her gleichsteht.

4. Bei der Bedarfsprüfung sind nur reale, nicht dagegen potenzielle Versorgungsangebote zu berücksichtigen, die tatsächlich nicht zur Verfügung stehen, weil Leistungserbringer nicht zur Erbringung weiterer Leistungen bereit oder tatsächlich nicht in der Lage sind.

5. Bei der Feststellung von Sonderbedarf haben die Zulassungsgremien gemäß § 36 Abs. 3 Nr. 1 BedarfsplanungsRL 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.

6. Der Versorgungsbedarf am beantragten Ort allein begründet 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.

7. Ohne Bedeutung ist, ob sich die Patienten die Behandlung gerade an einem bestimmten Ort oder beson-

Rechtsanwalt Bernd Klemp, LL.M.,
Fachanwalt für Medizinrecht und Fachanwalt für Versicherungsrecht,
Bietmann Rechtsanwälte Steuerberater PartmbB,
Martinstraße 22–24, 50667 Köln, Deutschland

Eingesandt und bearbeitet
von Rechtsanwalt und Notar Dr. iur. Paul Harneit,
Fachanwalt für Medizinrecht, CausaConcilio Rechtsanwälte,
Deliusstraße 16, 24114 Kiel, Deutschland

ders wohnortnah wünschen, wenn hierdurch bestehende Kapazitäten nicht ausgelastet werden. Versicherte haben keinen Anspruch auf eine an ihren Wünschen ausgerichtete – optimale – Versorgung.

8. Bei der Beurteilung der zumutbaren Erreichbarkeit anderer Praxen im ländlichen Raum kommt es auf Entfernungen mit dem Pkw und damit auf die Zeit an, die man mit dem Pkw benötigt. Auf die Zeitdauer bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel kann wegen der generell schlechteren Versorgung mit dem öffentlichen Personennahverkehr dort nicht abgestellt werden.

9. Für die hausärztliche Versorgung und für die allgemeine fachärztliche Versorgung, bei der der Landkreis weiterhin Planungsbereich ist, sind Wege von mehr als 25 km in aller Regel nicht zumutbar.

10. In der speziellen fachärztlichen Versorgung sind Fahrzeiten von rund 45 Minuten zumutbar.

11. Soweit Praxen mit freien Behandlungskapazitäten in der Raumordnungsregion nicht hinreichend zur Verfügung stehen, können grundsätzlich auch Praxen aus anderen Planungsbereichen berücksichtigt werden. Bevor 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.

12. Bei der Bedarfsprüfung durch Befragung bereits niedergelassener Ärzte müssen die angegebenen freien Kapazitäten anhand der konkreten durchschnittlichen Fallzahlen dieser Praxen verifiziert werden. Die Angaben der Praxen können angesichts einer möglicherweise bestehenden Rivalität nicht ungeprüft zugrunde gelegt werden.

13. 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 KÄV auch ohne Einverständnis dieser Praxen ermitteln. Datenschutzrechtliche Belange der betroffenen Praxen oder Ärzten stehen dem nicht entgegen.

14. Wenn 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, auch wenn 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.

15. Lässt sich nicht klären, ob am in Aussicht genommenen 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.

16. Der Streitwert bemisst sich nach den üblichen Grundsätzen in Zulassungssachen. Das für den anzustellenden Arzt zu zahlende Gehalt ist nicht in Abzug zu bringen. (Leitsätze des Bearbeiters)

BSG, Urt. v. 17. 3. 2021 – B 6 KA 2/20 R (SG Marburg)

Problemstellung: Das BSG befasst sich in seinem Urt. umfassend mit den Voraussetzungen einer Sonderbedarfsanstellung, die für eine Sonderbedarfszulassung in gleicher Weise gelten. Dabei repetiert das BSG leerbuchartig seine bisherige Rechtsprechung zur Sonderbedarfsfeststellung, ergänzt diese aber um interessante

neue Aspekte insbesondere zum Datenschutz und zum Verfahrensrecht. Die Leitsätze 1, 2, 15 und 16 betreffen verfahrensrechtliche Fragen, die Leitsätze 3 bis 12 die inhaltlichen Prüfungsgrundsätze. Besondere Beachtung verdienen die bislang wenig thematisierten Ausführungen zum Sozialdatenschutz, die in den Leitsätzen 13 und 14 zusammengefasst sind. Insgesamt beinhaltet das Urt. mit seinen Leitsätzen das (fast) vollständige Prüfungsprogramm für eine Sonderbedarfsfeststellung und einen diesbezüglichen Rechtsstreit. Es ist Pflichtlektüre für jeden Medizinrechtler, der sich mit einer Sonderbedarfszulassung oder -anstellung zu befassen hat.

Paul Harneit

Zum Sachverhalt: Die Beteiligten streiten um die Erhöhung des Umfangs einer genehmigten Arztanstellung von 20 auf 40 Wochenstunden wegen Sonderbedarfs. Die klagende GmbH ist Trägerin des A Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) S (im Folgenden: MVZ S) mit Praxisstizt 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 mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 6,25 Stunden im Gesundheits- und Pflegezentrum AI gGmbH in AI tätig. Den Antrag der Kl., 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 KÄV, ab (Beschl. v. 27. 6. 2017, ausgefertigt am 30. 8. 2017). Der bekl. Berufungsausschuss führte eine Umfrage bei 12 Ärzten im Umkreis des MVZ S durch, holte eine erneute Stellungnahme der zu 1. beigeladenen KÄV ein und wies den Widerspruch der Kl. zurück (Beschl. v. 9. 5. 2018, ausgefertigt am 28. 6. 2018). Die dagegen erhobene Klage blieb erfolglos (Urt. v. 15. 1. 2020). Die (Sprung-)Revision der Kl. hatte Erfolg.

Aus den Gründen: [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 § 75 Abs. 2 SGG sind insoweit nicht gegeben (vgl. BSG, Urt. v. 20. 9. 1995 – 6 RKA 37/94 –, SozR 3-5525 § 32b Nr. 1 S. 2 = juris, Rdnr. 18; BSG, Urt. v. 2. 10. 1996 – 6 RKA 82/95 –, SozR 3-5520 § 32b Nr. 3 = juris, Rdnr. 14; vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 30. 9. 2020 – B 6 KA 18/19 R –, juris, Rdnr. 15, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorsehen).

[16] 2. Gegenstand des Revisionsverfahrens sind das vorinstanzliche Urt. des SG sowie der Bescheid des Bekl. v. 28. 6. 2018 aus der Sitzung v. 9. 5. 2018, der den Widerspruch der Kl. gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses in Bezug auf einen qualifikationsbezogenen Sonderbedarf (§§ 36, 37 Abs. 1 bis 3 BedarfsplRL) als unbegründet zurückwies und sich so den Entscheidungsausspruch des Zulassungsausschusses zu eigen machte (zum Bescheid des Berufungsausschusses als alleiniger Gegenstand des gerichtlichen Verfahrens z. B. BSG, Urt. v. 16. 5. 2018 – B 6 KA 1/17 R –, BSGE 126, 40 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 34, Rdnr. 20 m. w. N.).

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

[18] 1. Rechtsgrundlage für die Besetzung oder – wie hier – Ausweitung der Arztstelle eines angestellten Arztes in einem zugelassenen MVZ ist zunächst § 95 Abs. 2 S. 7 und 8 i. V. mit S. 5 SGB V. Danach bedarf die Anstellung eines Arztes in einem MVZ der Genehmigung des Zu-

lassungsausschusses, die nur erteilt werden darf, wenn der Arzt in das Arztregister eingetragen ist. Gemäß § 95 Abs. 2 S. 9 SGB V, § 19 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV sind Anträge auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem MVZ jedoch abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung gemäß § 103 Abs. 1 S. 2 SGB V angeordnet sind. Dies ist vorliegend der Fall [...].

[19] Als Ausnahme davon ist die Anstellung im Wege einer Sonderbedarfszulassung (§ 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 i. V. mit §§ 36, 37 BedarfsplRL) möglich, wie sie hier in Streit steht. § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V (i. d. F. des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG> v. 22.12.2011, BGBl. I S. 2983) bestimmt, dass der G-BA in Richtlinien Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze zu beschließen hat, soweit diese zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind, um einen zusätzlichen lokalen oder einen qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe zu decken. Die Ausnahmeregelung gewährleistet, dass angeordnete Zulassungssperren die Berufsausübung nicht unverhältnismäßig beschränken und die Versorgung der Versicherten gewährleistet bleibt (vgl. BVerfG <Kammer>, Beschl. v. 27.4.2001 – 1 BvR 1282/99 –, juris, Rdnr. 10).

[20] 2. Die konkreten Voraussetzungen für eine solche ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze hat gemäß § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V der G-BA festzulegen. Gegen diese Übertragung der Befugnis zur Normkonkretisierung auf den G-BA bestehen keine durchgreifenden rechtlichen Bedenken, zumal der Gesetzgeber Inhalt, Zweck und Ausmaß der Regelung präzise vorgegeben und damit die wesentlichen Fragen selbst entschieden hat (st. Rspr.; vgl. BSG, Urt. v. 5.11.2008 – B 6 KA 56/07 R –, BSGE 102, 21 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 3, Rdnr. 14 m. w. N.; BSG, Urt. v. 4.5.2016 – B 6 KA 24/15 R –, BSGE 121, 154 = SozR 4-2500 § 103 Nr. 19, Rdnr. 25; zuletzt BSG, Urt. v. 28.6.2017 – B 6 KA 28/16 R –, BSGE 123, 243 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 19, Rdnr. 16 m. w. N.). Die Beteiligten haben im Revisionsverfahren die Verfassungsmäßigkeit der Bedarfsplanungsregelungen auch nicht in Frage gestellt.

[21] Der G-BA ist der ihm übertragenen Aufgabe zum Erlass konkretisierender Vorgaben in Bezug auf § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V durch die BedarfsplRL (in der Neufassung v. 20.12.2012, BAnz. AT v. 31.12.2012 B7 in Kraft getreten am 1.1.2013, zuletzt geändert am 17.12.2020, BAnz. AT v. 17.2.2021 B4 in Kraft getreten am 18.1.2021) nachgekommen. Maßgebend sind hier die §§ 36, 37 BedarfsplRL in der seit dem 30.6.2019 geltenden Neufassung (vgl. Abschnitt V des Beschl. des G-BA v. 16.5.2013, BAnz. v. 3.7.2013, zuletzt geändert durch Beschl. v. 16.5.2019 i. d. F. des Änderungsbeschl. v. 20.6.2019, BAnz. AT v. 28.6.2019 B6). Gemäß § 53 Abs. 1 BedarfsplRL gelten diese für die Aufnahme eines Arztes in ein MVZ bei angeordneten Zulassungsbeschränkungen – mit bestimmten Maßgaben – entsprechend.

[22] 3. Diese letzte Fassung der §§ 36, 37 BedarfsplRL ist hier anzuwenden, da für das Zulassungsbegehren der Kl. 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 (st. Rspr.; BSG, Urt. v. 28.6.2017 – B 6 KA 28/16 R –, BSGE 123, 243 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 19, Rdnr. 18 m. w. N.; vgl. aber präzisierend BSG, Urt. v. 29.11.2017 – B 6 KA 31/16 R –, BSGE 124, 266 = SozR 4-2500 § 95 Nr. 33, Rdnrn. 20 ff., insbesondere Rdnr. 29: Änderungen des anzuwendenden

Rechts sind nur zu berücksichtigen, wenn sie sich zugunsten des Ast. auswirken).

[23] 4. Nach § 37 Abs. 1 BedarfsplRL 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 i. S. 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 BedarfsplRL mehrere unterschiedliche Facharztbezeichnungen umfasst (§ 37 Abs. 2 S. 1 bis 3 BedarfsplRL). Letzteres ist hier der Fall. § 13 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 Nr. 2 BedarfsplRL weist alle fachärztlich tätigen Internisten, d. h. 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 <14. Ausschuss> zum GKV-VStG, BT-Dr. 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 BedarfsplRL 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.

[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 (st. Rspr. des Senats; vgl. BSG, Urt. v. 28.6.2000 – B 6 KA 35/99 R –, BSGE 86, 242, 250 = SozR 3-2500 § 101 Nr. 5, S. 34 = juris, Rdnr. 34; BSG, Urt. v. 2.9.2009 – B 6 KA 34/08 R –, BSGE 104, 116 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 7, Rdnr. 15; BSG, Urt. v. 23.6.2010 – B 6 KA 22/09 R –, SozR 4-2500 § 101 Nr. 8, Rdnrn. 15 ff.; BSG, Urt. v. 28.6.2017 – B 6 KA 28/16 R –, BSGE 123, 243 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 19, Rdnr. 27 m. w. N.). 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, Urt. v. 23.6.2010 – B 6 KA 22/09 R –, SozR 4-2500 § 101 Nr. 8, Rdnrn. 16, 18; BSG, Urt. v. 28.6.2017 – B 6 KA 28/16 R –, BSGE 123, 243 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 19, Rdnr. 27).

[25] 6. Auch bei Beachtung der nur eingeschränkten gerichtlichen Nachprüfbarkeit von Entscheidungen über Anträge auf Sonderbedarfszulassung kann der angefochtene Bescheid des Bekl. keinen Bestand haben, weil die erforderlichen Feststellungen zur Bedarfslage nicht getroffen worden sind und es deshalb an der erforderlichen Grundlage für die sachgerechte Ausfüllung des ihm zukommenden Beurteilungsspielraums gefehlt hat. Die Ermittlung des Sachverhalts muss das nach pflichtgemäßem Ermessen erforderliche Maß ausschöpfen, d. h. sich so weit erstrecken,

wie sich Ermittlungen als erforderlich aufdrängen (§ 21 Abs. 1 S. 1 SGB X, § 36 Abs. 4 S. 1 BedarfspRL, vgl. BSG, Urt. v. 2.9.2009 – B 6 KA 34/08 R –, BSGE 104, 116 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 7, Rdnr. 16; BSG, Urt. v. 28.6.2017 – B 6 KA 28/16 R –, BSGE 123, 243 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 19, Rdnr. 27 m. w. N.).

[26] Bei der Entscheidung über Sonderbedarfszulassungen müssen sich die Zulassungsgremien ein möglichst genaues Bild der Versorgungslage im betroffenen Planungsbereich machen und ermitteln, welche Leistungen in welchem Umfang zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung i. S. des § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V im Planungsbereich erforderlich sind, von den dort zugelassenen Ärzten aber nicht angeboten werden (BSG, Urt. v. 5.11.2008 – B 6 KA 56/07 R –, BSGE 102, 21 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 3, Rdnr. 18; BSG, Urt. v. 28.10.2015 – B 6 KA 43/14 R –, SozR 4-5540 § 6 Nr. 2, Rdnr. 38, jew. m. w. N.). Danach trifft die Zulassungsgremien die Pflicht zur umfassenden Ermittlung aller entscheidungserheblichen Tatsachen (§ 36 Abs. 4 S. 1 BedarfspRL). 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, Urt. v. 19.3.1997 – 6 RKA 43/96 –, SozR 3-2500 § 101 Nr. 1, S. 6). Diese Befragung hat sich mit Rücksicht auf § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB 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, Urt. v. 19.3.1997 – 6 RKA 43/96 –, SozR 3-2500 § 101 Nr. 1, S. 6).

[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, Urt. v. 23.6.2010 – B 6 KA 22/09 R –, SozR 4-2500 § 101 Nr. 8, Rdnr. 32 m. w. N.; für Ermächtigungen vgl. BSG, Urt. v. 25.11.1998 – B 6 KA 81/97 R –, SozR 3-2500 § 97 Nr. 2, S. 7f.; BSG, Urt. v. 19.7.2006 – B 6 KA 14/05 R –, SozR 4-2500 § 116 Nr. 3, Rdnr. 17 und 18) oder tatsächlich nicht in der Lage sind (vgl. BSG, Urt. v. 28.10.2015 – B 6 KA 43/14 R –, SozR 4-5540 § 6 Nr. 2, Rdnr. 38 m. w. N.; vgl. zu dem Ganzen BSG, Urt. v. 28.6.2017 – B 6 KA 28/16 R –, BSGE 123, 243 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 19, Rdnr. 23 ff.).

[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, Urt. v. 5.11.2008 – B 6 KA 56/07 R –, BSGE 102, 21 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 3, Rdnr. 19). Daher fordert der Senat in ständiger Rechtsprechung, dass die Zulassungsgremien die Antworten kritisch würdigen und sie objektivieren und verifizieren (vgl. BSG, Urt. v. 5.11.2008 – B 6 KA 56/07 R –, BSGE 102, 21 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 3, Rdnr. 19, 22, 28; BSG, Urt. v. 29.6.2011 – B 6 KA 34/10 R –, SozR 4-2500 § 119 Nr. 1, Rdnr. 28 m. w. N.); auf jeden Fall sind die Aussagen der befragten Ärzte nicht ohne Weiteres als Entscheidungsgrundlage ausreichend (BSG, Urt. v. 5.11.2008 – B 6 KA 56/07 R –, BSGE 102, 21 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 3, Rdnr. 19). Insbesondere in Fällen, in denen die Angaben von vorneherein zweifelhaft erscheinen (so z. B. in den Fällen BSG, Urt. v. 5.11.2008 – B 6 KA 56/07 R –, BSGE 102, 21 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 3, Rdnr. 22 und BSG, Urt. v. 2.9.2009 – B 6 KA 34/08 R –, BSGE 104, 116 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 7, Rdnr. 31 – Befragung der zukünftigen Vertragspartner des Ast.) oder sich aus dem Vorbringen eines Beteiligten substantiierte

Zweifel ergeben (vgl. z. B. BSG, Urt. v. 6.5.2009 – B 6 KA 17/08 R –, SozR 4-2500 § 106 Nr. 23, Rdnr. 17 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, Urt. v. 29.6.2011 – B 6 KA 34/10 R –, SozR 4-2500 § 119 Nr. 1, Rdnr. 28 f. zur Ermächtigung eines Sozialpädiatrischen Zentrums).

[29] 7. Ausgehend von diesen Maßstäben besteht im Einzugsbereich des MVZ der Kl. in S ein über einen hälftigen 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 Bekl. ermittelten Daten nicht mit der notwendigen Gewissheit fest. Zwar sind die von dem Bekl. 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).

[30] a) 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 Bekl. zutreffend angenommen hat – der aktuelle Einzugsbereich des MVZ der Kl. in Bezug auf hämatologische und onkologische Leistungen.

[31] Der Bekl. 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 hälftigen Versorgungsauftrag nicht erfüllen kann. Nach § 95 Abs. 3 S. 1 SGB V bewirkt die Zulassung, dass der Vertragsarzt an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hälftigen Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Nach den von den übrigen Beteiligten nicht in Zweifel gezogenen Angaben der Kl. 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 hälftigen Versorgungsauftrages kontinuierlich in der Nähe des hessischen Durchschnitts für einen vollen Versorgungsauftrag liegen.

[32] 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 Kl. kann nicht damit gehört werden, dass das Verhalten der Versicherten den Bedarf im konkreten Einzelfall bestimme. Insofern die Kl. 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 Ver-

sorgungsstrukturen zu berücksichtigen (§ 36 Abs. 3 Nr. 2 BedarfspLRL). 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, Urt. v. 17.8.2011 – B 6 KA 26/10 R –, SozR 4-2500 § 101 Nr. 11, Rdnr. 41: nicht nur reale Versorgungsnotstände; vgl. auch Wenner, in: FS f. Eichenhofer, S. 697, 706 ff.), um die vertragsärztliche Versorgung in einem Versorgungsbereich zu gewährleisten und dabei einen zusätzlichen lokalen oder – wie hier – qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf zu decken (§ 36 Abs. 1 S. 1 BedarfspLRL). 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, Urt. v. 6.2.2008 – B 6 KA 40/06 R –, SozR 4-5520 § 31 Nr. 3, Rdnr. 16; BSG, Urt. v. 29.6.2011 – B 6 KA 34/10 R –, SozR 4-2500 § 119 Nr. 1, Rdnr. 18 m. w. N. 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, Urt. v. 17.6.2009 – B 6 KA 25/08 R –, BSGE 103, 269 = SozR 4-1500 § 54 Nr. 16, Rdnrn. 21 f.). Daher ist es auch nicht entscheidend, ob die anderen Praxen trotz einer erweiterten Anstellungsgenehmigung des Dr. B wirtschaftlich tragfähig wären.

[33] c) Hinsichtlich der hier im Mittelpunkt stehenden Frage der Erreichbarkeit der hämatologischen/onkologischen Praxen in B W, H und F, die zum Planungsbereich der Kl. (Raumordnungsregion Nordhessen) gehören, ist grundsätzlich auf die Distanz bzw. die Zeit abzustellen, die bei einem Aufsuchen der Praxen mit dem PKW zurückgelegt bzw. benötigt wird (dazu aa). Der Senat ist ausgehend von dieser Prämisse der Auffassung, dass die Entfernungen zwischen diesen Praxen und S bzw. den umliegenden Orten den Versicherten zumutbar sind (dazu bb und cc).

[34] aa) 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 benötigt, wie dies auch bei der Prüfung eines zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs in nicht unterversorgten Planungsbereichen durch den Landesausschuss geschieht (vgl. § 35 Abs. 5 S. 2 BedarfspLRL). Auf die Zeitdauer bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel kann wegen der generell schlechteren Versorgung mit dem öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) dort nicht abgestellt werden. Dies trifft auch auf den Einzugsbereich des MVZ S zu. Der S-Kreis, in dem sich der Standort der Kl. befindet, ist flächenmäßig der zweitgrößte Landkreis Hessens nach dem (angrenzenden) Landkreis W. Auch wenn gute Zugverbindungen Richtung K bzw. M existieren, wird der ÖPNV im Übrigen vor allem durch den Bus sichergestellt. Ob die PKW-Minuten auch in städtischen Bereichen, in denen der ÖPNV besser ausgebaut ist und daher ggf. vermehrt auf ein eigenes Auto verzichtet wird, der zutreffende Maßstab für zumutbare Entfernungen sind, muss der Senat hier nicht entscheiden (vgl. etwa der von der Kl. angeführte § 6 der Anl. 28 zum BMV-Ä „Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Arztterminen“, der die zumutbare Entfernung zu einem von der Terminservicestelle vermittelten Vertragsarzt/Psychotherapeuten mittels des Zeitbedarfs für das Auf-

suchen des vermittelten Arztes bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel festlegt).

[35] bb) Der Senat hält daran fest, dass für die hausärztliche Versorgung und für die allgemeine fachärztliche Versorgung, bei der der Landkreis weiterhin Planungsbereich ist, Wege von mehr als 25 km in aller Regel nicht zumutbar sind (vgl. BSG, Urt. v. 19.7.2006 – B 6 KA 14/05 R –, SozR 4-2500 § 116 Nr. 3, Rdnr. 19 – MRT-Leistungen; BSG, Urt. v. 23.6.2010 – B 6 KA 22/09 R –, SozR 4-2500 § 101 Nr. 8, Rdnr. 24 – psychotherapeutische Leistungen; BSG, Urt. v. 8.12.2010 – B 6 KA 36/09 R –, BSGE 107, 147 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 9, Rdnr. 20 jeweils zur früheren Rechtslage, als die Planungsbereiche gemäß § 101 Abs. 1 S. 6 in der bis 31.12.2011 geltenden Fassung noch den Stadt- und Landkreisen entsprechen sollten; vgl. auch BSG, Beschl. v. 15.8.2012 – B 6 KA 12/12 B –, juris, Rdnr. 8 zur Berücksichtigung der konkreten Erreichbarkeit wie der Ausgestaltung der Verkehrswege und des ÖPNV). Für die spezialisierte fachärztliche Versorgung kann das so aber nicht gelten.

[36] (l) Bereits zum früheren Rechtszustand hat der Senat entschieden, dass weitere Wege umso eher zumutbar sind, je spezieller die betroffene Qualifikation ist (BSG, Urt. v. 2.9.2009 – B 6 KA 34/08 R –, BSGE 104, 116 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 7, Rdnr. 15 – Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Allergologie und Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie; BSG, Urt. v. 2.9.2009 – B 6 KA 21/08 R – SozR 4-2500 § 101 Nr. 6, Rdnr. 15 – Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie; BSG, Urt. v. 9.2.2011 – B 6 KA 3/10 R –, BSGE 107, 230 = SozR 4-5525 § 24 Nr. 2, Rdnr. 25 – kieferorthopädische Leistungen; BSG, Urt. v. 29.6.2011 – B 6 KA 34/10 R –, SozR 4-2500 § 119 Nr. 1, Rdnr. 17 – sozialpädiatrische Leistungen; vgl. auch BSG, Urt. v. 9.4.2008 – B 6 KA 40/07 R –, BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr. 16, Rdnr. 35).

[37] Dies wird bestätigt durch die nachfolgende Rechtsentwicklung, insbesondere die Neufassung der §§ 36, 37 BedarfspLRL durch den Beschl. des G-BA v. 16.5.2013 (BAnz. v. 3.7.2013). Mit Wirkung v. 1.1.2013 hat der Gesetzgeber für die Bedarfsplanung die Bindung an die Stadt- und Landkreise aufgegeben. § 101 Abs. 1 S. 6 SGB V (i. d. F. des GKV-VStG m. W. v. 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. Künftig habe der G-BA die Planungsbereiche allein nach der Maßgabe festzulegen, dass eine flächendeckende Versorgung sichergestellt werde. Die neue Regelung gebe dem G-BA 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-Dr. 17/6909, S. 74 zu Nr. 35 <§ 101> zu Buchst. a, zu DBuchst. bb).

[38] Auch § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V zur Sonderbedarfszulassung wurde neu gefasst. Sollte der G-BA zuvor „Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur Wahrung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind“ bestimmen, soll der G-BA nunmehr in seinen Richtlinien Bestimmungen beschließen über „Vorgaben für die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze, soweit diese zur Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung in einem Versorgungsbereich unerlässlich sind, um einen zusätzlichen lokalen oder einen

qualifikationsbezogenen Versorgungsbedarf insbesondere innerhalb einer Arztgruppe zu decken“. Der Gesetzgeber führt in der Begründung aus, die Vorgaben für sog. Sonderbedarfszulassungen würden hiermit „sprachlich präziser gefasst und erweitert. Unabhängig von den künftigen 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 Feinststeuerung der Versorgungssituation funktionsstüchtig ausgestaltet. Anlass hierfür 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 wird“ (BT-Dr. 17/6909, S. 73 f. zu Nr. 35 <§ 101> zu Buchst. a, zu DBuchst. aa).

[39] In Umsetzung dieses Auftrags bestimmt § 36 Abs. 4 S. 4 BedarfsplRL nun ausdrücklich, dass bei der Beurteilung, ob ein zumutbarer Zugang der Versicherten zur vertragsärztlichen Versorgung nicht gewährleistet ist und aufgrund dessen Versorgungsdefizite bestehen, den unterschiedlichen Anforderungen der Versorgungsebenen der §§ 11 bis 14 BedarfsplRL Rechnung zu tragen ist (kritisch zum Verhältnis von § 36 Abs. 4 S. 3 BedarfsplRL – Besonderheiten des maßgeblichen Planungsbereichs als Voraussetzung eines Sonderbedarfs – zu § 36 Abs. 4 S. 4 BedarfsplRL Wahrendorf, KrV 2014, 241, 242). Danach ist Planungsbereich für die hausärztliche Versorgung (einschließlich Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung und ohne weiteres Fachgebiet, welche die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, § 11 Abs. 2 Nr. 2 BedarfsplRL) nunmehr grundsätzlich der Mittelbereich in der Abgrenzung des Bundesinstituts für Bau, Stadt- und Raumforschung (§ 11 Abs. 3 S. 1 BedarfsplRL), für die allgemeine fachärztliche Versorgung grundsätzlich die kreisfreie Stadt, der Landkreis oder die Kreisregion (§ 12 Abs. 3 S. 1 BedarfsplRL), für die spezialisierte fachärztliche Versorgung, die von den Versicherten – im Gegensatz zu den Grundversorgern – zumeist weniger in Anspruch genommen wird (vgl. Ruhberg, Das neue Bedarfsplanungsrecht für Vertragsärzte, 2019, S. 153) und zu der auch die fachärztlich tätigen Internisten gehören (vgl. § 13 Abs. 1 Nr. 2 BedarfsplRL), die Raumordnungsregion in der Zuordnung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung und für die gesonderte fachärztliche Versorgung (Humanogenetiker, Laborärzte, Neurochirurgen, Nuklearmediziner, Pathologen, Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner, Strahlentherapeuten, Transfusionsmediziner) grundsätzlich der Bezirk der KÄV (vgl. § 14 Abs. 1 Nr. 2 BedarfsplRL). Für den Bereich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gibt die BedarfsplRL zudem für die Fachinternisten Quoten nach § 101 Abs. 1 S. 8 SGB V vor; dies betrifft allerdings lediglich Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie (Mindestquote von 8%), Fachärzte für Innere Medizin und Kardiologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie (Höchstquote von 33%), Fachärzte für Innere Medizin und Gastroenterologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie (Höchstquote von 19%), Fachärzte für Innere Medizin und Pneumologie, Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde sowie Fachärzte für Innere Medizin mit Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde (Höchstquote von 18%), Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie sowie Fachärzte für Innere Medizin mit

Schwerpunkt Nephrologie (Höchstquote von 25%; vgl. § 13 Abs. 6 Nr. 1 bis 5 BedarfsplRL). Der G-BA hat hierzu erläutert, dass die Zuordnung zu den Versorgungsebenen grundsätzlich nach der Größe des Einzugsgebiets der jeweiligen Arztgruppe erfolge. Ausnahmen bestünden nur bei wenigen Arztgruppen, wie den Ärzten für Physikalische und Rehabilitativmedizin und den Fachärzten für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und -psychotherapie, die aus Gründen der vergleichsweise kleinen Gruppengröße nicht kleineren Planungsbereichen zugeordnet werden konnten (vgl. Tragende Gründe zum Beschl. des G-BA v. 20.12.2012 <BANz. AT v. 31.12.2012 B7>, S. 7 f. zu § 5 Versorgungsebenen). Weiter führt er aus, bedingt durch die veränderten Anforderungen an die ambulante Versorgung, eine stärkere Ausdifferenzierung im ärztlichen Leistungsangebot, die Neustrukturierung der Raumbezüge (z.B. Kreisgebietsreformen mit der Bildung von Groß-Kreisen) und die veränderten Versorgungsbedürfnisse der Patienten habe er die grundsätzliche Zuordnung aller Arztgruppen zu den bisherigen Planungsbereichen nicht aufrechterhalten können. Während die Versorgung mit Hausärzten im Allgemeinen möglichst lokal erfolgen solle, verfügten Fachärzte mit zunehmendem Spezialisierungsgrad über deutlich größere Einzugsgebiete (vgl. Tragende Gründe zum Beschl. des G-BA v. 20.12.2012, S. 8 zu § 7 Planungsbereiche). Aufgrund des größeren Einzugsgebietes würden Anästhesisten, Radiologen und fachärztlich tätige Internisten der sogenannten spezialisierten fachärztlichen Versorgung zugeordnet (Tragende Gründe zum Beschl. des G-BA v. 20.12.2012, S. 12). Dies wirkt sich auch auf die Anforderungen an die Feststellung eines Versorgungsdefizits, welches eine Sonderbedarfszulassung ermöglicht, aus (so auch Pawlita, KRV 2014, 229, 230 f.). Insofern betont der G-BA in den Tragenden Gründen seines Beschlusses v. 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 Beschl. des G-BA v. 16.5.2013, S. 10 f. zu § 36 Abs. 4).

[40] Diese Entscheidung des G-BA, 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 – wie hier – um die spezialisierte fachärztliche Versorgung geht. Dabei berücksichtigt der Senat zum einen, dass in § 35 Abs. 5 S. 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 G-BA mit Beschl. v. 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 i. S. der §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung, S. 43 f.; veröffentlicht als Anlage 2 zum Beschl. des G-BA v. 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 ländlichen Gebieten – zu dem Ergebnis kommen, dass auch längere Wegezeiten zumutbar sind, soweit sie dies näher begründen. Die Grenze von 60 Minuten darf dabei aber regelmäßig nicht überschritten werden.

[41] (2) Soweit Praxen mit freien Behandlungskapazitäten in der Raumordnungsregion der Kl. nicht hinreichend zur Verfügung stehen, können – evtl. nach erneuter Befragung der im Umkreis des Standortes der Kl. 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 Ausgeführte entsprechend. Welche Wege den Versicherten zugemutet werden können, ist unabhängig davon zu beurteilen, ob sie auf den entsprechenden Wegen die Grenzen von Planungsbereichen überschreiten.

[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 Ostthessen) 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, Urt. v. 28. 6. 2017 – B 6 KA 28/16 R –, BSGE 123, 243 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 19, Rdnr. 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 S. 1 Nr. 7 BedarfsplRL) darauf ab, dass die Erreichbarkeit „auch nicht durch Vertragsärzte in einem angrenzenden Planungsbereich sichergestellt werden kann“ (vgl. § 35 Abs. 5 S. 2 aE BedarfsplRL).

[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, Urt. v. 28. 6. 2000 – B 6 KA 35/99 R –, BSGE 86, 242, 251 = SozR 3-2500 § 101 Nr. 5, S. 35; BSG, Urt. v. 5. 11. 2008 – B 6 KA 10/08 R –, MedR 2009, 560–563 = juris, Rdnr. 18, jeweils unter Hinweis auf BSG, Urt. v. 19. 3. 1997 – 6 RKA 43/96 –, SozR 3-2500 § 101

Nr. 1, S. 6; ablehnend lediglich für allgemeine Leistungen wie MRT-Untersuchungen: BSG, Urt. v. 19. 7. 2006 – B 6 KA 14/05 R –, SozR 4-2500 § 116 Nr. 3, Rdnr. 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, Urt. v. 5. 11. 2008 – B 6 KA 56/07 R –, BSGE 102, 21 = SozR 4-2500 § 101 Nr. 3, Rdnr. 22 m.w.N.). Soweit der Senat in diesem Zusammenhang regelmäßig darauf verwiesen hat, dass es nach dem Wortlaut der BedarfsplRL a.F. „in erster Linie auf die tatsächliche Versorgungssituation in dem betreffenden Planungsbereich“ ankomme (BSG, Urt. v. 28. 6. 2000 – B 6 KA 35/99 R –, BSGE 86, 242, 251 = SozR 3-2500 § 101 Nr. 5, S. 35; BSG, Urt. v. 5. 11. 2008 – B 6 KA 10/08 R –, MedR 2009, 560–563 = juris, Rdnr. 18 zu Nr. 24 S. 1 Buchst. b Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte <ÄBedarfsplRL> i.d.F. v. 21. 12. 2004 <BA nz. Nr. 90 v. 14. 5. 2005, S. 7485>), kann dies aufgrund des geänderten Wortlauts der BedarfsplRL jedenfalls für die spezialisierte ärztliche Versorgung nur in modifizierter Form fortgeführt werden.

[44] Auch unter der Geltung der §§ 36, 37 BedarfsplRL n.F. 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.

[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 – wie wohl der Bekl. meint – der Entfernung der Praxen untereinander vgl. auch Lauber/Frehse, MedR 2014, 862, 863 f.). Nach Auskunft der Beigel. zu 1. kamen im Quartal 3/2017 30,75 % der Patienten des MVZ der Kl. 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 Beigel. 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 Kl., sondern die umliegenden Orte abstellt, aus denen derzeit Patienten in das MVZ der Kl. kommen, sind die Wege zu den anderen hämatologischen Praxen nicht zu lang. Längere Fahrtzeiten als 45 Minuten – nämlich 47 bzw. 48 Minuten – 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 Kl. mindestens eine andere hämatologische Praxis in weniger als 45 Minuten erreichbar. Das ist nach der dargelegten Regelungsentention des Gesetzgebers bei der Neuausrichtung der Bedarfsplanung zumutbar.

[46] d) Nicht zu folgen vermag der Senat der Auffassung des SG und des Bekl. jedoch insoweit, als beide angenom-

men 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 Kl. notwendigen Gewissheit fest. Insoweit hätte der Bekl. vor seiner Entscheidung weitere Ermittlungen zu der Frage durchführen müssen, ob die von ihm angenommenen Versorgungsdefizite durch andere Ärzte der Fachgruppe gedeckt werden können.

[47] aa) Der Senat lässt dahinstehen, ob die Entscheidung des Bekl. schon unter einem Begründungsmangel leidet, da er die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe, die ihn zu seiner Entscheidung bewogen haben, darin nicht mitgeteilt hat (§ 35 Abs. 1 S. 2 SGB X). So hat der Bekl. hinsichtlich der von ihm angenommenen freien Kapazitäten lediglich ausgeführt, dass „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 Bekl. 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 Bekl. und insbesondere der dort ebenfalls zitierten Stellungnahme der zu 1. Beigel. v. 25.4.2018 erschließt sich, dass der Bekl. 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 Kl.) weitere 200 Patienten versorgen zu können. Jedenfalls steht allein aufgrund des Ergebnisses der von dem Bekl. bei zwölf Hämatologen/Onkologen im Umkreis des MVZ S durchgeführten Umfrage nicht fest, dass diese Praxen tatsächlich über ausreichende freie Behandlungskapazitäten verfügen.

[48] bb) Zunächst hätte der Bekl. 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 Bekl. – wie sie auch jeweils an die einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) angehörenden Ärzte Dr. S und Prof. Dr. R. gerichtet wurde – zielte 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 Beigel. zu 1. meint („jeweils Kapazitäten von 200 Patienten“, s. S. 6 der Stellungnahme v. 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 i.H. von 755 pro vollem Versorgungsauftrag, würde eine Minderbelastung von rund 400 Patienten bedeuten, dass die Praxis in B W zum Zeitpunkt der Umfrage allenfalls im Umfang eines Versorgungsauftrags ausgelastet gewesen war.

[49] Weiterer Aufklärungsbedarf besteht ebenfalls, soweit das MVZ am O GmbH mit Praxis in H und Zweigpraxis in F mitgeteilt hat, an beiden Standorten bestünden

„Vakanzen, die eine sofortige Therapie einschließlich der Transfusionsmedizin ermöglichen“. Das MVZ verfügt laut der Stellungnahme der zu 1. beigeladenen KÄV 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.

[50] Soweit der Bekl. 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.

[51] cc) Im Anschluss wird der Bekl. 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 Kl. nicht ungeprüft zugrunde gelegt werden. Von einem Konkurrenzverhältnis zwischen Dr. S und Prof. Dr. R. einerseits und dem MVZ der Kl. andererseits geht ersichtlich auch der Bekl. aus, da er diese zum Verfahren hinzugezogen hat (§ 12 Abs. 2 S. 1 SGB X). Dies trifft aber auch auf das MVZ am O GmbH zu, wo Dr. B früher tätig war.

[52] (1) Nicht ausreichend für eine Verifizierung bzw. Objektivierung der Ergebnisse der Umfrage ist vorliegend die Bezugnahme des Bekl. 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 Bekl. als Ganzem bei seiner Beschlussfassung vorgelegen haben (vgl. zu diesem Aspekt BSG, Urt. v. 28.6.2000 – B 6 KA 35/99 R –, BSGE 86, 242, 252 = SozR 3-2500 § 101 Nr. 5, S. 36 = juris, Rdnr. 39).

[53] (2) Auch die Bezugnahme auf das Abrechnungsvolumen der in der Raumordnungsregion Nordhessen niedergelassenen Onkologen/Hämatologen unter Herausrechnung des Leistungsvolumens der Kl. i.H.v. 97,06 % des hessischen Fachgruppendurchschnitts ist nicht geeignet, um die Angaben der befragten Ärzte zu belegen. Dieser Durchschnittswert von acht Hämatologen und Onkologen in Nordhessen lässt – worauf die Kl. zutreffend hinweist – 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 200 Patienten bzw. von 20 % der behandelten Patienten zu belegen. 200 Patienten entsprechen – ausgehend von den durchschnittlichen Fallzahlen bei den hessischen Hämatologen und Onkologen im Quartal 3/2017 von 755 – einem Anteil von rund 26,5 % des hessischen Durchschnittswerts der Fachgruppe. Erst recht erlaubt der Wert von 97,06 % keinen Rückschluss auf eventuelle Kapazitäten von Versorgungsangeboten außerhalb des Planungsbereichs.

[54] (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 Beigel. zu 1. (ohne Übermittlung der Fallzahlen) ist dagegen nicht ausreichend, da die Entscheidung allein dem Bekl. obliegt und er diese nur treffen kann, wenn ihm die Daten selbst vorliegen. Auch muss der Bekl. selbst entscheiden, welche Daten ihm noch fehlen, um die Umfrageergebnisse überprüfen und eine informierte Entscheidung treffen zu können.

[55] 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 KÄV auch ohne Einverständnis dieser Praxen ermitteln. Datenschutzrechtliche Belange der betroffenen Praxen oder Ärzte stehen dem nicht entgegen. Allerdings kann – anders als die Kl. meint – dies nicht bereits daraus geschlossen werden, dass die zu befragenden Hämatologen/Onkologen in einem geschützten Markt Leistungen erbringen. Dieser Umstand hat keinen Einfluss auf das durch Art 2 Abs. 1 i. V. mit Art 1 Abs. 1 GG geschützte 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, Urt. v. 15.12.1983 – 1 BvR 209/83 –, BVerfGE 65, 1, 43 und LS 1; BVerfG, Beschl. v. 10.11.2020 – 1 BvR 3214/15 –, juris, Rdnr. 71). Jedoch lässt das bereichsspezifische Datenschutzrecht eine Übermittlung der bei der zu 1. beigeladenen KÄV erhobenen Daten, insbesondere der Fallzahlen einzelner Praxen, an den Bekl. 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.

[56] (a) SGB I, SGB X und SGB V regeln den Schutz von Sozialdaten grundsätzlich gleichrangig vorbehaltlich ausdrücklich davon abweichender spezialgesetzlicher Kollisionsregeln (vgl. BSG, Urt. v. 8.10.2019 – B 1 A 3/19 R –, BSGE 129, 156 = SozR 4-2500 § 11 Nr. 6, Rdnr. 32 m. w. N.). § 35 Abs. 2 S. 1 SGB I (i. d. F. durch Art 19 Gesetz zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes – BVG – und anderer Vorschriften v. 17.7.2017, BGBl. I S. 2541, m. W. v. 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 (<DSGVO> Verordnung <EU> 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates v. 27.4.2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG, ABl L 119 v. 4.5.2016, S. 1; L 314 v. 22.11.2016, S. 72) unmittelbar gilt. Die DSGVO ist mit Wirkung v. 25.5.2018 mit unmittelbarer Wirkung in Kraft getreten (vgl. Art. 99 Abs. 2 DSGVO; BSG, Urt. v. 27.6.2018 – B 6 KA 27/17 R –, SozR 4-2500 § 295 Nr. 4 Rdnr. 42; BSG, Urt. v. 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).

[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 S. 2 SGB I). Es bedarf im Hinblick auf diese Auffangregelung keiner Vertiefung, ob die DSGVO unmittelbar für die Ermittlungen eines Sonderbedarfs i. S. des § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V i. V. mit §§ 36, 37 BedarfspURL 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 S. 1 und 2 Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV, vgl. konsolidierte Fassung ABl C 202 v. 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, 3f. zur Tätigkeit des erweiterten Landesausschusses nach § 116b SGB V; vgl. hierzu auch BSG, Urt. v. 18.12.2018 – B 1 KR 40/17 R –, SozR 4-7650 Abs. 9 Nr. 1, Rdnr. 29 m. w. N.; BSG, Urt. v. 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.).

[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.

[59] Die datenschutzrechtlichen Regelungen des SGB X verweisen u. a. auf die bereichsspezifischen Datenschutzregelungen des SGB V. Nach § 67a Abs. 1 S. 1 SGB X (i. d. F. durch Art 24 Nr. 2 des Gesetzes zur Änderung des BVG und anderer Vorschriften v. 17.7.2017, BGBl. I S. 2541, m. W. v. 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 Bekl. und die zu 1. beigeladene KÄV gehören (vgl. § 35 Abs. 1 S. 4 SGB I: u. a. 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“) einschlägig, der in seinen Abs. 1 und 3 die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten der Ärzte, Psychotherapeuten und Zahnärzte (nach dem Wortlaut der Norm: „Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Ärzte“) durch die K(Z)ÄVen regelt (zu den personenbezogenen Daten der Versicherten vgl. § 285 Abs. 2 SGB V).

[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 „nur“ Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind. § 67 Abs. 2 S. 1 SGB X verweist für die Definition von Sozialdaten auf die DSGVO. Demnach sind Sozialdaten personenbezogene Daten i. S. von Art 4 Nr. 1 DSGVO, die von einer der in § 35 SGB I genannten Stelle im Hinblick auf ihre Aufgaben nach dem SGB verarbeitet werden. „Personenbezogene Daten“ 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 – wie etwa einer GmbH – be-

triebenen MVZ durchaus „personenbezogene Daten“ darstellen, wenn diese mithilfe weiterer Informationen – etwa aufgrund von Kenntnissen über die Fachrichtung, die Tätigkeit eines Arztes an einem Standort der Praxis, oder über die lebenslange Arztnummer (LANR) – einem einzelnen Vertragsarzt zugeordnet werden können. In jedem Fall handelt es sich bei den Fallzahlen der einzelnen Praxen jedoch um Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse i. S. von § 67 Abs. 2 S. 2 SGB X, d. h. 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: Schütze, SGB X, 9. Aufl. 2020, § 67, Rdnr. 27). Dies trifft auf die konkreten Fallzahlen einer Vertragsarztpraxis oder eines MVZ in jedem Fall zu. Gemäß § 35 Abs. 4 SGB I stehen Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse Sozialdaten gleich.

[61] Die K(Z)ÄVen 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 Zulässigkeit 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 – was hier nicht einschlägig ist – nach § 13 Abs. 5 IfSG angeordnet oder erlaubt ist (§ 285 Abs. 2 S. 1 SGB V i. d. F. von Art 2 Nr. 6 des Gesetzes für den Schutz vor Masern und zur Stärkung der Impfprävention <Masernschutzgesetz> v. 10. 2. 2020, BGBl. I S. 148, m. W. v. 1. 3. 2020; vgl. auch Abs. 2 S. 3–6 für die Datenübermittlung zwischen den K<Z>ÄVen, etwa bei bezirksübergreifend tätigen überörtlichen 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: Schütze, SGB X, 9. Aufl. 2020, Vor §§ 67–85a, Rdnr. 57).

[62] (c) Grundsätzlich ist damit die Übermittlung von Daten, insbesondere von Fallzahlen der befragten Praxen, von der zu 1. beigeladenen KÄV an den Bekl., um diesem die Entscheidung über eine beantragte Sonderbedarfszulassung und damit die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu ermöglichen, von § 285 Abs. 3 S. 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.

[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.

[64] Nach diesen Grundsätzen wird der Bekl. 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.

[65] C. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 S. 1 Teils. 3 SGG i. V. mit § 154 Abs. 1 VwGO. Danach hat der Bekl. als letztlich unterlegener Beteiligter die Kosten des Verfahrens zu tragen. Eine Erstattung der außergerichtlichen Kosten der Beigel. ist nicht veranlasst, da diese keinen eigenen Antrag gestellt haben (§ 162 Abs. 3 VwGO, vgl. BSG, Urt. v. 31. 5. 2006 – B 6 KA 62/04 R –, BSGE 96, 257 = SozR 4–1300 § 63 Nr. 3, Rdnr. 16).

[66] D. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs. 1 S. 1 Teils. 1 SGG i. V. mit § 63 Abs. 2 und 3 S. 1 Nr. 2, § 52 Abs. 1 sowie § 47 Abs. 1 GKG. Dabei ist grundsätzlich – entsprechend der üblichen Vorgehensweise in Zulassungssachen (vgl. BSG, Beschl. v. 1. 9. 2005 – B 6 KA 41/04 R –, SozR 4–1920 § 52 Nr. 1, Rdnrn. 6f.; BSG, Beschl. v. 12. 10. 2005 – B 6 KA 47/04 B –, MedR 2006, 236; vgl. zuletzt BSG, Beschl. v. 16. 2. 2021 – B 6 KA 19/20 B –, juris, Rdnr. 15) – von den zusätzlichen Einnahmen der Kl. 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, Beschl. v. 27. 11. 2006 – B 6 KA 38/06 B –, MedR 2007, 202 = juris, Rdnr. 1) auszugehen, d. h. von der Höhe des von dem MVZ in diesem Zeitraum durch den Erhalt eines (weiteren) hälftigen Versorgungsauftrages erzielbaren Umsatzes abzüglich des Praxiskostenanteils. Soweit der Senat dabei in der Vergangenheit bei einem Rechtsstreit über die Anstellung eines Arztes auch das für den angestellten Arzt zu zahlende Gehalt in Abzug gebracht hat (BSG, Beschl. v. 7. 1. 1998 – 6 RKA 84/95 –, MedR 1998, 186 = juris, Rdnr. 2; vgl. auch BSG, Beschl. v. 27. 11. 2006 – B 6 KA 38/06 B –, MedR 2007, 202 = juris, Rdnr. 2), hält er hieran nicht mehr fest. Die Stellung des angestellten Arztes ist der des Vertragsarztes weitestgehend angenähert (zur statusbezogenen Annäherung von angestellten Ärzten und Vertragsärzten vgl. zuletzt BSG, Urt. v. 13. 5. 2020 – B 6 KA 11/19 R –, SozR 4–2500 § 103 Nr. 30, Rdnrn. 31f. m. w. N.). Im Vordergrund steht der wirtschaftliche Wert des Versorgungsauftrags, der bei Vertragsärzten und angestellten Ärzten nicht unterschiedlich bemessen werden kann, insbesondere wenn – mangels konkreter Umsatzzahlen – auf die durchschnittlichen Umsätze der jeweiligen Arztgruppe abgestellt wird (vgl. hierzu BSG, Beschl. v. 25. 9. 2005 – B 6 KA 69/04 B –, juris, Rdnr. 1; BSG, Beschl. v. 12. 10. 2005 – B 6 KA 47/04 B –, juris, Rdnr. 2).

[67] Ausgehend von den bundesweiten durchschnittlichen Umsätzen der Arztgruppe der Hämatologen/Onkologen i. H. von 99039 Euro im Quartal 2/2019 pro Arzt ergibt sich bei einem Verhältnis von 1034 Ärzten zu nur 853,75 Versorgungsaufträgen ein Umsatz von rund 120220 Euro pro Quartal bei einem vollem Versorgungsauftrag bzw. 60110 Euro für eine halbe Stelle. Abzüglich eines Kostenanteils von 60% (36066 Euro), errechnet sich ein Betrag von 24044 Euro für eine halbe Stelle pro Quartal bzw. von 288528 Euro für zwölf Quartale. Eine Reduzierung des Streitwerts unter dem Gesichtspunkt, dass nur eine Sonderbedarfszulassung begehrt wird, kommt nicht in Betracht (BSG, Beschl. v. 12. 10. 2005 – B 6 KA 47/04 B –, juris, Rdnr. 5).