

L 11 KA 97/10 B ER und L 11 KA 22/11 B ER

Land

Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht

LSG Nordrhein-Westfalen

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

11

1. Instanz

SG Düsseldorf (NRW)

Aktenzeichen

S 2 KA 379/10 ER

Datum

20.08.2010

2. Instanz

LSG Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen

L 11 KA 97/10 B ER und L 11 KA 22/11 B ER

Datum

23.03.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Auf die Beschwerde der Antragstellerin wird der Beschluss des Sozialgerichts Düsseldorf vom 20.08.2010 abgeändert. Die Anordnung der sofortigen Vollziehung der Bestimmungsbescheide vom 29.10.2009 wird mit der Maßgabe aufgehoben, dass die Beigeladene zu 1) berechtigt bleibt, auf der Grundlage dieser Bescheide vor dem 31.03.2011 begonnene ambulante Behandlungen bis zum 31.10.2011 durchzuführen. Im Übrigen wird die Beschwerde zurückgewiesen. Der Antragsgegner trägt die Kosten der Verfahren. Der Streitwert für die Beschwerdeverfahren [L 11 KA 97/10 B ER](#) und [L 11 KA 22/11 B ER](#) wird auf je 20.000,00 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Antragstellerin ist eine onkologische Schwerpunktpraxis in der Form einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit einer Hauptbetriebsstätte in C. Ihre zehn Gesellschafter sind zur vertragsärztliche Versorgung zugelassen und "onkologisch verantwortliche Ärzte" nach der Onkologievereinbarung vom 01.01.2009. Die Antragstellerin betreibt drei Standorte mit "onkologisch verantwortlichen Ärzten". Am Standort C sind vier und am Standort T drei Fachärzte für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie. Dem Standort C1 ist ein Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie zugewiesen.

Auf Anträge vom 08.05.2007 und 18.03.2008 wurden mit Bestimmungsbescheiden der Bezirksregierung Köln vom 29.10.2009 gemäß [§ 116b Abs. 2 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V. m. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach [§ 116b SGB V](#) i. d. F. vom 18.10.2005 (Bundesanzeiger 2006, Nr. 7, S. 88 vom 11.01.2006) in der jeweils geltenden Fassung zur ambulanten Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen

das K Krankenhaus C (Az. des Bescheides: 000) zur Behandlung von:

- gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle - Tumore der Lunge und des Thorax - Knochen- und Weichteil-Tumore - Kopf- und Halstumore - Gynäkologische Tumore - Tumore des lymphatischen, blutbild. Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung

und das Evangelische Krankenhaus Bad H (Az. des Bescheides: 000) zur Behandlung von: - Urologische Tumore

zugelassen.

Die Widersprüche der Antragstellerin vom 23.12.2009 wies die Bezirksregierung mit Bescheid vom 09.03.2010 zurück. Diese Entscheidung hat die Antragstellerin am 15.04.2010 beim Sozialgericht (SG) Köln mit der Klage angegriffen. Dieses hat das Verfahren mit Beschluss vom 18.05.2010 - S 26 KA 5/10 - an das SG Düsseldorf verwiesen.

Am 21.06.2010 ordnete die Bezirksregierung die sofortige Vollziehung beider Bestimmungsbescheide an. Die Klage sei mangels Drittschutzes unzulässig. Sie sei auch unbegründet, da die Zulassungsbescheide rechtmäßig seien. Es spreche nichts gegen die Eignung der Krankenhäuser zur Durchführung der fraglichen Behandlungen. Auch lasse die von [§ 116b SGB V](#) geforderte Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation die Bestimmung eines Krankenhauses zur ambulanten Behandlung selbst bei einem ausreichenden vertragsärztlichen Versorgungsangebot zu. Das besondere öffentlichen Interesses an der Anordnung der sofortigen Vollziehung sei darin zu sehen, dass in den Zulassungsbescheiden der in [§ 116b SGB V](#) zum Ausdruck kommende gesetzgeberische Wille zur Versorgung von Patienten mit Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen konkretisiert werde. Das öffentliche Interesse an der Eröffnung dieser

Behandlungsmöglichkeiten schon während des Klageverfahrens überwiege das Interesse der Antragstellerin an der aufschiebenden Wirkung. Darüber hinaus sei das Interesse der Beigeladenen zu 1) an der sofortigen Vollziehung gegen das Interesse der Antragstellerin an der aufschiebenden Wirkung abzuwägen. Dabei sei zu berücksichtigen, dass die Beigeladene zu 1) bereits organisatorische, finanzielle und personelle Aufwendungen erbracht und bis zur Anfechtung der Zulassungsbescheide einen Patientenkreis von ca. 32 pro Woche etabliert habe. Dem stehe das Interesse der Antragstellerin gegenüber, bis zum Abschluss des gerichtlichen Verfahrens von der von ihr behaupteten Konkurrenz- und Wettbewerbssituation verschont zu bleiben. Es handele sich im Wesentlichen um behauptete wirtschaftliche Nachteile, während im Falle der Beigeladenen zu 1) bereits konkrete Patientenbehandlungen betroffen seien. Gerade onkologische Patienten seien in besonderer Weise auf einen zeitlich wie organisatorisch reibungslosen Diagnostik- und Behandlungsablauf angewiesen und würden durch die Unterbrechung desselben schwer betroffen. Danach sei weder der Beigeladenen zu 1) noch den Patienten zuzumuten, auf die im Zulassungsbescheid genannten Behandlungen während der Dauer des Klageverfahrens verzichten zu müssen. Die Antragstellerin hingegen seien in ihrer Berechtigung, onkologische Patienten zu behandeln, unabhängig von der Vollziehbarkeit der Zulassungsbescheide nicht eingeschränkt. Somit überwiege das Interesse an der sofortigen Vollziehung.

Mit am 26.06.2010 beim SG Düsseldorf eingegangenen Schriftsatz hat die Antragstellerin um einstweiligen Rechtsschutz nachgesucht. Sie hat geltend gemacht: Den Schwerpunkt ihrer onkologischen Tätigkeit bilde die chemotherapeutische Versorgung onkologischer Patienten. Sie habe im Quartal IV/2009 insgesamt 3.687 Patienten versorgt, davon ca. 3.081 Patienten mit einer aktiven onkologischen Erkrankung, davon wiederum 525 Patienten mit einer Chemotherapie. Allein die Bonner Standorte behandelten ca. 2.040 Patienten mit einer aktiven onkologischen Erkrankung, davon ca. 250 Patienten mit einer intravenösen Chemotherapie. Es würden sämtliche Tumorentitäten ambulant versorgt, zu deren Diagnostik und Versorgung das K Krankenhaus C und das F Krankenhaus C mit Bescheiden der Antragsgegnerin vom 29.10.2009 bestimmt worden seien. Die Gesellschafter der Antragstellerin seien bislang in die wöchentlichen interdisziplinären Tumorboards des K Krankenhauses C eingebunden gewesen. Im Rahmen des Tumorboards werde die sich in der vertragsärztlichen Praxis anschließende ambulante onkologische Behandlungstherapie interdisziplinär abgestimmt. In der Therapie onkologischer Patienten gebe es nur selten einen Fall, der nicht ambulant in der vertragsärztlichen Praxis der Antragstellerin chemotherapeutisch behandelt werden könne. Eine stationäre bzw. teilstationäre chemotherapeutische Behandlung erfordernden Fälle würden im Krankenhaus weiter behandelt. In ihrer onkologischen Schwerpunktpraxis würden die Patienten grundsätzlich von ein und demselben Arzt betreut und versorgt. Das sei für onkologische Patienten von besonderer Wichtigkeit und könne durch ein Krankenhaus nicht sichergestellt werden, zumal die an der Versorgung teilnehmenden Chef- und Oberärzte ihren originären Aufgaben, der administrativen und operativen Tätigkeit, nachkommen müssten. In der Folge werde der Patient im Krankenhaus nicht von einem Facharzt, sondern häufig von Assistenzärzten mit unterschiedlichem Ausbildungsstand betreut. Eine Kontrolle sei kaum möglich. Nach Maßgabe der Onkologievereinbarung stellten alle Standorte der Antragstellerin auch an Wochenenden und Feiertagen "Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit" sicher. Für dringliche Indikationen betrage die Wartezeit max. drei Werktage. Onkologische und hämatologische Notfälle würden taggleich versorgt. Aufgrund regelmäßiger Teilnahme an internationalen Kongressen, an wissenschaftlichen Studien und Fortbildungen seien die Gesellschafter der Antragstellerin fachlich stets auf dem wissenschaftlich aktuellen Stand. Drei Gesellschafter seien habilitiert. Acht Gesellschafter seien Fachärzte für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie. Sie stünden ganztägig als persönliche Leistungserbringer für die Patienten zur Verfügung. Es gebe keine Assistenzärzte oder in Weiterbildung befindliche angestellte Ärzte in der Ambulanzarbeit. Die langjährige Berufserfahrung der Gesellschafter der Antragstellerin wirke sich positiv aus und erspare den Patienten unnötige Toxizitäten. Ihre onkologische Schwerpunktpraxis halte Infusionsplätze vor und beschäftige onkologisch qualifiziertes Fachpersonal. Sie - die Antragstellerin - habe in den Aufbau ihrer Praxen einen sechsstelligen Eurobetrag investiert. Die Tilgung der Praxiskredite laufe noch. Das K Krankenhaus C liege nur ca. 5,6 km vom Standort T-Straße 00, nur ca. 4 km vom Standort L-Straße 00 und nur ca. 1,8 km vom Standort W-Straße 00 entfernt. Das F Krankenhaus C, Betriebsstätte X, befinde sich in einer Entfernung von ca. 10,9 km vom Standort T-Straße 00, ca. 9,3 km vom Standort L-Straße 00 und ca. 6,7 km vom Standort W-Straße 00. Auch die weiteren Standorte in T und C1 seien nur ca. 20 km bzw. 30 km von den Krankenhäusern in C entfernt. Die Einzugsbereiche würden sich zu annähernd 100% überschneiden und umfassten im Wesentlichen die Stadt Bonn, den Rhein-Sieg-Kreis und den Rhein-Erft-Kreis. Das K Krankenhaus C und das F Krankenhaus C seien infolge deren Fusion nach der Universitätsklinik C das größte freigemeinnützige Krankenhaus in C mit einem Einzugsgebiet vom Siebengebirge bis ins Ahrtal und bis nach Meckenheim. Der Anteil der internistischen Onkologie (Diagnostik, Therapie und Nachsorge) mache rund 90% ihres - der Antragstellerin - vertragsärztlichen Umsatzes aus. Die restlichen ca. 10% würden auf hämatologische Abklärungen entfallen. Mittels der Bestimmung beider Krankenhäuser und der Anordnung des Sofortvollzuges werde angesichts der zeitlich langjährigen Dauer des Hauptsacheverfahrens ihre berufliche und wirtschaftliche Existenz, insbesondere der Bonner Standorte erheblich bedroht. Die Krankenhäuser hätten einen exzellenten Erstzugriff auf onkologische Patienten. In der Regel werde der Verdacht auf eine onkologische Diagnose vom Hausarzt oder Facharzt (z.B. Internist, Gastroenterologe) gestellt, der den Patienten dann zur ambulanten Diagnostik direkt in das Krankenhaus einweise. Nach der Operation/weiteren Abklärung werde im Krankenhaus über das sich anschließende Behandlungskonzept im Rahmen eines interdisziplinären Tumorboards entschieden, da erst nach Auswertung der im Krankenhaus durchgeführten Operation/weiteren Abklärung alle relevanten Daten zur Festlegung des sich anschließenden Behandlungskonzeptes vorlägen. Die ambulante Weiterbehandlung werde gegenwärtig in der vertragsärztlichen Praxis auf der Grundlage des im Tumorboard festgelegten Behandlungskonzeptes durchgeführt. Werde jedoch das Krankenhaus zur ambulanten Behandlung von onkologischen Erkrankungen nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) bestimmt, habe es kein Interesse an der Einbindung eines vertragsärztlich tätigen Onkologen in das Tumorboard bzw. in die sich anschließende ambulante Versorgung. Der Patient werde die ambulante Weiterbehandlung im Krankenhaus vornehmen lassen. Die Information der Patienten über die Möglichkeit einer ambulanten onkologischen Versorgung durch einen Vertragsarzt werde seitens der Krankenhäuser künftig entfallen. Die Krankenhäuser seien aus wirtschaftlichen Gründen daran interessiert, die Patienten ambulant weiter zu behandeln, um finanzielle Einnahmen zu generieren. Die diesen exzellenten Erstzugriff des Krankenhauses verhindernden Überweisungserfordernisse bestünden nicht. Der onkologische Patient komme daher aus dem Behandlungskreislauf des Krankenhauses nicht mehr heraus. Erst drei Jahre nach der Erstzuweisung sei eine erneute Überweisung durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt erforderlich. Da Rezidive in ca. 80% der Fälle jedoch innerhalb der ersten drei Jahre nach der Operation aufträten, bedürfe das Klinikum noch nicht einmal für die Behandlung der Rezidivpatienten einer erneuten Zuweisung. Dies bedrohe ihre - der Antragstellerin - Existenz erheblich; sie sei auf die Zuweisung stationär behandelnder onkologischer Patienten angewiesen. Die Bonner Standorte erwirtschafteten bisher mehr als 50% ihres KV-Umsatzes. Sofern diesen Standorten die Chemotherapie-Patienten (ca. 250 Patienten im Quartal IV/2009) entzogen würden, drohe bei unverändert laufenden Kosten ein Ausfall von ca. 50% der KV-Einnahmen. Auch andere onkologische Schwerpunktpraxen im Einzugsbereich des K Krankenhauses und des F Krankenhauses seien durch die Bestimmung nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) betroffen. In der Stadt C nähmen derzeit 39 und im Rhein-Sieg-Kreis 27 "onkologisch verantwortliche Ärzte" an der Onkologievereinbarung teil. Ein Bedarf für die zusätzliche Bestimmung der beiden Krankenhäuser bestehe daher nicht. Die onkologische Versorgung sei in C und Umland auf hohem qualitativem Niveau durch "onkologisch verantwortliche Vertragsärzte" sichergestellt. Es komme hinzu, dass die Bestimmung der beiden Krankenhäuser verzerrte

Wettbewerbsbedingungen zur Folge habe. Die Krankenhäuser seien nicht budgetiert. Leistungsbegrenzungen existierten nicht. Die Leistungsmenge könne beliebig ausgeweitet werden. Sie müssten auch keine Investitionen für einen "Praxiskauf" aufbringen. Schließlich sicherten eingeschränkte Überweisungserfordernisse gemäß Beschluss des GBA zur Richtlinie nach [§ 116b SGB V](#) den Erstzugriff des Krankenhauses bei onkologischen Erkrankungen ab. Die Klagebefugnis sei gegeben; sie folge aus dem durch [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) eingeräumten Drittschutz. Die Klage sei begründet. Sie - die Antragstellerin - werde durch den Bestimmungsbescheid beeinträchtigt und sei anfechtungsberechtigt (wird jeweils ausgeführt). Ein Anordnungsgrund bestehe. Ohne einstweilige Anordnung entstehe ein schwerer und nicht wieder gut zu machender Nachteil. Sie - die Antragstellerin - werde in ihrer beruflichen und wirtschaftlichen Existenz bedroht (wird ausgeführt). Es sei der Verlust des Status als "onkologisch verantwortlicher Arzt" zu befürchten. Die Zerstörung eines funktionierenden Systems der wohnortnahen vertragsärztlichen onkologischen Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen liege auch nicht im öffentlichen Interesse (wird ausgeführt).

Die Antragstellerin hat beantragt,

die aufschiebende Wirkung der von ihr am 15.04.2010 beim SG Köln eingereichten und mit Verweisungsbeschluss vom 18.05.2010 an das SG Düsseldorf verwiesenen Klage (S 2 KA 258/10) gegen die Bescheide der Antragsgegnerin vom 29.10.2009 (Az. 000 und 000-) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.03.2010 (Az.: 000) wiederherzustellen.

Die Bezirksregierung Köln als seinerzeitige Antragsgegnerin hat beantragt,

den Antrag abzulehnen.

Die Klage in der Hauptsache sei unzulässig. Die Regelung des [§ 116b SGB V](#) entfalte keine drittschützende Wirkung. Weder werde der rechtliche Status der Antragstellerin durch die Bestimmung der genannten C Kliniken zur ambulanten Behandlung diverser onkologischer Erkrankungen umgestaltet noch unmittelbar rechtlich betroffen. Die bloße Geltendmachung von wirtschaftlichen Auswirkungen genüge für eine Anfechtungsberechtigung nicht, denn die Rechtsordnung gewähre bei der Ausübung beruflicher Tätigkeiten grundsätzlich keinen Schutz vor Konkurrenz. Den Krankenhäusern werde keine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eröffnet. Die Zulassung nach [§ 116b SGB V](#) erfolge außerhalb der vertragsärztlichen Zulassungs- und Vergütungssystematik und bilde einen eigenen Rechtskreis. Das Bestehen einer entsprechenden Versorgungslücke sei nicht Voraussetzung für eine rechtmäßige Bestimmung eines Krankenhauses zur ambulanten Behandlung nach [§ 116b SGB V](#). Grundrechte der Antragstellerin seien nicht beeinträchtigt (wird ausgeführt). Die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach [§ 116b SGB V](#) solle für einen explizit formulierten Katalog hochspezialisierter Leistungen, seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen ermöglicht werden. Die Versorgung von besonders schwer erkrankten Patienten als hohes Gut von öffentlichem Interesse stehe hier, anders als bei der Ermächtigung nach [§ 116 SGB V](#), im Mittelpunkt. Soweit der Gesetzgeber der Regelung des [§ 116b Absatz 2 Satz 1 SGB V](#) mit der Formulierung "unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation" eine drittschützende Wirkung habe beimessen wollen, sei dem im Bestimmungsverfahren Rechnung getragen worden. Es sei nämlich das Einvernehmen mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten angestrebt worden. Insbesondere habe die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein Gelegenheit zur Stellungnahme gehabt. Diese habe lediglich mitgeteilt, die vertragsärztliche Versorgung sei ausreichend, so dass es einer Bestimmung der Krankenhäuser nicht bedürfe. Der Gesetzgeber habe die "Berücksichtigungsklausel" nachträglich eingefügt; dies zeige, dass er dies als "Minus" gegenüber einer Bedarfsprüfung werte. Daher sei es unerheblich, zu welchem Schluss die KV in ihrer Stellungnahme gekommen sei und ob sie von einem Bedarf für die Zulassung nach [§ 116b SGB V](#) ausgehe. Die Hauptsacheklage sei auch unbegründet. Die Zulassungsbescheide seien rechtmäßig. Die zugelassenen Krankenhäuser seien geeignet. Sie hätten bestimmte Fachärzte für die Durchführung der Behandlungen nach [§ 116b SGB V](#) benannt. In der Regel werde der Patient durch denselben Arzt behandelt. Zusätzlich bestehe ein besonderes öffentliches Interesse an der sofortigen Vollziehbarkeit der Zulassungsbescheide. In diesen werde der gesetzgeberische Wille zur Versorgung von Patienten mit Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen konkretisiert. Das öffentliche Interesse an der Eröffnung dieser Behandlungsmöglichkeiten schon während des Klageverfahrens überwiege das Interesse der Antragstellerin an der Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung (wird unter Wiederholung des Inhalts des Anordnungsbescheides ausgeführt). Der Vortrag der Antragstellerin zu behaupteten Umsatzrückgängen sei nicht hinreichend konkret (wird ausgeführt). Es werde lediglich pauschal ein 50%er Rückgang der KV-Einnahmen prognostiziert. Diese Zurückhaltung sei auch konsequent, wenn die durch die beizuladenden Krankenhäuser im Antrag auf Anordnung der sofortigen Vollziehung genannten Patientenzahlen zu Grunde gelegt würden. Danach habe z.B. das K-Krankenhaus im Rahmen der Zulassung nach [§ 116b SGB V](#) einen Patientenkreis von ca. 32 pro Woche etabliert. Zudem sei nicht belegt, ob diese angesichts der Größe der Antragstellerin geringe Zahl tatsächlich auf einem "Erstzugriff" der Krankenhäuser beruhe oder ob es sich um Patienten handle, die sich auch ohne die Zulassung nach [§ 116b SGB V](#) für die ambulante Behandlung im Krankenhaus entschieden hätten. Selbst wenn diese 32 Patienten pro Woche sich ohne die Zulassung nach [§ 116b SGB V](#) für eine ambulante Behandlung bei einem Vertragsarzt entschieden hätten, sei nicht belegt, ob dies Einfluss auf die wirtschaftliche Situation der Antragstellerin habe, da sie nicht die ausschließliche vertragsärztliche Versorgung auf dem Gebiet der Onkologie im betreffenden Einzugsgebiet biete. Ebenfalls unsubstantiiert sei der Vortrag der Antragstellerin zu ihrer Existenzgefährdung (wird ausgeführt).

Die Beigeladene zu 1) hat beantragt,

die Anträge abzulehnen.

Sie hat die Auffassung vertreten: Die Anordnung der sofortigen Vollziehung sei formal rechtmäßig. Die Hauptsacheklage sei unbegründet. Die Antragstellerin sei nicht anfechtungsberechtigt (wird ausgeführt). Die Bestimmungsbescheide seien rechtmäßig. Die vertragsärztliche Versorgungssituation sei berücksichtigt worden. Unerheblich sei, ob die Bestimmung der Krankenhäuser medizinisch notwendig sei. Die Qualität der Versorgung sei hochwertig; sie werde ausschließlich durch Fachärzte erbracht. Die streitbefangenen Bestimmungen würden den Wettbewerb nicht verzerren (wird ausgeführt). Eine Verdrängungsabsicht werde nicht verfolgt. Selbst wenn nicht von einer offensichtlichen Erfolglosigkeit in der Hauptsache ausgegangen werde, könne das Begehren der Antragstellerin keinen Erfolg haben. Es bestehe ein öffentliches Interesse an der Vollziehung der Bestimmungsbescheide; zudem habe sie - die Beigeladene zu 1) - im Vertrauen auf die Bestimmungsbescheide erhebliche finanzielle Aufwendungen getätigt. Das gegenläufige Interesse der Antragstellerin sei nachrangig (wird jeweils ausgeführt).

Das SG hat den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung mit Beschluss vom 20.08.2010 zurückgewiesen. Der Antrag sei zulässig, jedoch unbegründet. Die Erfolgsaussichten der Klage in der Hauptsache seien derzeit als offen zu bewerten. Dies gelte zunächst hinsichtlich der Frage, inwieweit niedergelassenen Vertragsärzten eine Anfechtungsbefugnis gegen einen Bestimmungsbescheid nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) zustehe. In Rechtsprechung und Literatur sei umstritten, ob die in [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) angeordnete "Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation" schon einfach-rechtlich zugunsten der Vertragsärzte drittschützende Wirkung entfalte. Eine tiefere dogmatische Durchdringung dieser Rechtsfrage müsse dem Hauptsacheverfahren vorbehalten bleiben. Ebenso wenig bedürfe es einer abschließenden Entscheidung im Eilverfahren, ob die Antragsgegnerin bei ihrer Entscheidung die vertragsärztliche Versorgungssituation hinreichend berücksichtigt habe. Sei die vertragsärztliche Versorgungssituation nur ein bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigender Gesichtspunkt, hänge die Bestimmung des Krankenhauses nicht zwingend von einem von den Vertragsärzten nicht abgedeckten Versorgungsbedarf ab. Die Frage, ob in einem Planungsbereich genügend Fachärzte zugelassen seien, treffe keine Aussage darüber, ob diese Fachärzte auch entsprechende hochspezialisierte Leistungen anböten bzw. seltene Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen fachgerecht versorgten. Hierzu gäben die Stellungnahmen der KV keinen Aufschluss. Sie beschränkten sich durchgängig auf die Mitteilung, dass im Planungsbereich C jeweils eine ausreichende Anzahl entsprechender Fachärzte zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sei, ferner dass die grundsätzliche Versorgung derjenigen Patienten, die der Diagnostik und Versorgung bei onkologischen Erkrankungen bedürften, sichergestellt und die Anzahl der Leistungserbringer sowie deren langjährig erworbene Kompetenz belege, dass die vertragsärztliche Versorgung ausreichend sei. Wenn die Bezirksregierung gleichwohl die beiden Krankenhäuser bestimmt habe, schließe dies jedenfalls nicht von vornherein aus, dass sie dem Berücksichtigungsgebot hinreichend gerecht geworden sei, auch wenn dies aus der Begründung des Bescheides nicht näher hervorgehe. Rechtsfehlerfrei habe die Bezirksregierung den Sofortvollzug ihrer Entscheidung angeordnet. Sie habe das öffentliche Interesse damit begründet, dass die im Bestimmungsbescheid konkretisierte Versorgungsmöglichkeit für von Patienten mit besonderen Krankheitsverläufen schon während des Klageverfahrens geboten sei. Diese Begründung trage die Anordnung des Sofortvollzuges, da angesichts einer zu erwartenden längeren Dauer des Hauptsacheverfahrens bis zum rechtskräftigen Abschluss ggf. erst in der Revisionsinstanz die vom Gesetzgeber erstrebte Verbesserung der Versorgungsqualität sowie Erfordernisse der Patientengerechtigkeit und Erschließung von Effizienzreserven gefährdet sein könnten. Angesichts der Erwägungen des Gesetzgebers sei der Sofortvollzug auch in Bezug auf das Individualinteresse der Beigeladenen zu 1) rechtlich nicht zu beanstanden. Diese hätten ausweislich der Begründung des Sofortvollzuges bereits organisatorische, finanzielle und personelle Aufwendungen erbracht und bis zur Anfechtung der Zulassungsbescheide einen Patientenkreis etabliert. Nach ihrer eidesstattlichen Versicherung vom 17.08.2010 könnte die Beigeladene zu 1) im Falle der Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage für erbrachte Leistungen keine Vergütungen mehr realisieren, müsse aber das für die Leistungserbringung eigens eingestellte Personal weiter bezahlen. Zudem seien nicht öffentlich geförderte Eigenmittel in Höhe von ca. 500.000,00 EUR in den Umbau bzw. die Neugestaltung von Räumlichkeiten investiert worden. Dies hätte erhebliche Auswirkungen auf die Liquidität beider Krankenhäuser. Die Erlöse für die Leistungen gemäß [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) seien im Wirtschaftsplan und den Erlösprognosen berücksichtigt. Insofern sei zwar grundsätzlich zu beachten, dass eigenverantwortliche Dispositionen regelmäßig dann nicht schützenswert seien, wenn sie im Hinblick auf ungesicherte künftige Rechtspositionen vorgenommen würden. Indes lägen Verhältnisse dieser Art nicht vor. Die Beigeladene zu 1) setze kein Vertrauen in eine ihrer Disposition entgegenstehende gesetzliche Regelung, sondern könne sich mit [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) auf eine klare gesetzliche Bestimmung stützen, deren Tatbestandsvoraussetzungen - soweit es die Katalogleistungen und die Eignung der beiden Krankenhäuser betrifft - unstreitig erfüllt seien. Die entgegenstehenden Interessen der Antragstellerin würden nicht überwiegen. Maßgeblich sei, dass in der Region Bonn derzeit 39 und im Rhein-Sieg-Kreis derzeit 27 an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmende Fachärzte niedergelassen seien. Insoweit sei davon auszugehen, dass die Auswirkungen der Bestimmung der Beigeladenen zur Erbringung der Katalogleistungen sich auf alle betroffenen niedergelassenen Fachärzte verteilen und nicht auf die Antragsteller konzentrierten.

Diese Entscheidung greift die Antragstellerin unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vorbringens mit der Beschwerde an. Sie meint, dass SG habe sich nicht hinreichend mit den maßgeblichen Rechtsfragen auseinandergesetzt und gegen den Grundsatz des fairen Verfahrens verstoßen (wird ausgeführt). Entgegen der Auffassung des SG habe sich die Bestimmung der beiden Krankenhäuser massiv ausgewirkt. Fallzahlen und Honorarerlöse seien nachhaltig zurückgegangen (wird ausgeführt). Die Antragstellerin beantragt,

den Beschluss des SG Düsseldorf vom 20.08.2010 aufzuheben und die aufschiebenden Wirkung der am 15.04.2010 beim SG Köln eingereichten und mit Verweisungsbeschluss vom 18.05.2010 an das SG Düsseldorf verwiesenen Klage (S 2 KA 258/10) gegen die Bescheide der Antragsgegnerin vom 29.10.2009 (Az. 24.03.01 000) und (Az. 000) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.03.2010 (Az. 000) wieder herzustellen.

Die Bezirksregierung Köln ist mit Ablauf des 31.12.2010 als Antragsgegnerin aus dem Verfahren ausgeschieden. Antragsgegnerin ist seither das Land Nordrhein-Westfalen, vertreten durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter. Dieses hat bislang keinen Antrag gestellt und sich nicht zur Sache geäußert.

Die vormalige Antragsgegnerin meint (Beschwerdeerwiderung vom 30.12.2010), die von der Antragstellerin behaupteten Einbußen seien nicht hinreichend substantiiert. Die Kausalität zwischen dem Weggang einzelner Patienten und den angegriffenen Bestimmungsbescheiden könne nur anhand jedes einzelnen Patienten nachvollzogen werden. Im Übrigen sei die Fallzahlendarstellung auch deshalb nicht geeignet, eine Beeinträchtigung der Antragstellerin durch die angegriffenen Bestimmungsbescheide zu beweisen, weil die Zahlen der Chemotherapiepatienten an den Bonner Standorten bereits vor dem Erlass der Bestimmungsbescheide vom Quartal I/2009 bis zum III/2009 von 325 auf 230 gefallen und im Quartal IV/2009 wieder gestiegen seien.

Die Beigeladene zu 1) beantragt,

die Beschwerde gegen den Beschluss des SG Düsseldorf vom 20.08.2010 zurückzuweisen.

Sie trägt unter Wiederholung und Vertiefung ihres erstinstanzlichen Vorbringens vor: Die von der Antragstellerin vorgelegten Fallzahlen stützten den behaupteten massiven Fallzahlrückgang nicht. Deren Kredite würden sich im üblichen Rahmen bewegen. Sie - die Beigeladene zu 1) - könne sich auf Vertrauensschutz berufen. Die onkologische Versorgung in der Region sei defizitär. Es seien persönliche Ermächtigungen und Institutsermächtigungen erteilt worden. So sei der zu 3) beigeladene Berufungsausschuss im Widerspruchsbescheid vom 10.11.2010 davon ausgegangen, dass die Versorgungssituation für onkologisch und hämatologische Patienten sich im Verhältnis zu der bisher Prof. Dr. L erteilten Ermächtigung durch die dem K-Krankenhaus erteilte Ermächtigung grundsätzlich geändert habe. Defizitär sei

zudem die bislang fehlende Versorgungsinterdisziplinarität. Auf der Grundlage der Bestimmungsbescheide habe sie einen eigenen Patientenstamm etabliert und infolge der Zulassung erhebliche organisatorische, finanzielle und personelle Dispositionen getroffen (wird ausgeführt). Folge einer Entscheidung im Sinne der Antragstellerin wäre die vollständige Einstellung der von ihr auf der Grundlage des Bestimmungsbescheides erbrachten hochspezialisierten Leistungen. Für die Patienten bedeute dies den Verlust ihres vertrauten Leistungserbringers und damit eine erhebliche Verschlechterung der Versorgungssituation. Die Antragstellerin sei nicht antragsbefugt; der Antrag sei unzulässig. Einen Konkurrentenwiderspruch sehe das Gesetz nicht vor (wird ausgeführt). Zudem fehle es am Rechtsschutzbedürfnis. Die Anordnung der sofortigen Vollziehung sei formell und materiell rechtmäßig. Das Interesse an der sofortigen Vollziehung ergebe sich vor allem daraus, dass sie - die Beigeladene zu 1) - bereits Patienten behandelt habe und eine Weiterbehandlung bei einer Entscheidung zugunsten der Antragstellerin nicht möglich sei. Die über den Erlass des Verwaltungsaktes hinausgehenden besonderen Interessen seien im Anordnungsbescheid wiedergegeben (wird ausgeführt). Das Vollzugsinteresse überwiege angesichts der getätigten organisatorischen, finanziellen und personellen Dispositionen. Gegenläufige Individualinteressen seien nicht ersichtlich. Die Antragstellerin behaupte unsubstantiiert, dass es eine erhebliche Patientenkongruenz gebe.

Die Beigeladene zu 2) beantragt,

den Beschluss des SG Düsseldorf vom 20.08.2010 abzuändern und die aufschiebende Wirkung der Klage S 2 KA 258/10 anzuordnen.

Sie trägt vor: Die Beschwerde sei begründet, denn der Antrag auf Feststellung der aufschiebenden Wirkung der Klage sei statthaft und zulässig. Die Drittanfechtungsbefugnis sei gegeben. Das Aussetzungsinteresse der Antragstellerin überwiege. Die Anfechtungsklage werde Erfolg haben. Die Bestimmungsbescheide seien materiell rechtswidrig. Die Bestimmung sei nicht "unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation" getroffen worden. Die Bestimmungsbehörde habe den Sachverhalt nicht hinreichend aufgeklärt. Unklar bleibe, welche öffentlichen und privaten Belange sie miteinander abgewogen habe. Der Widerspruchsbescheid heile den Abwägungsausfall nicht. Die Antragstellerin sei anfechtungsberechtigt. Es bestehe ein faktisches Konkurrenzverhältnis. Die Antragstellerin und die Beigeladene zu 1) erbrächten im selben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen. Die Entfernungen zwischen den Praxisstandorten der Antragstellerin und der Beigeladenen zu 1) beliefen sich auf lediglich 2 km, 3,5 km und 5,4 km. Die Gesellschafter der Antragstellerin seien als Fachärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie zugelassen und erbrächten die in den Bestimmungsbescheiden gelisteten hochspezialisierten Leistungen. Ausweislich der Gebührenordnungsstatistiken der Antragstellerin an den Standorten in Bonn seien die Chemotherapiefälle von 275 im Quartal III/2009, 263 im Quartal IV/2009, 226 im Quartal I/2010, 199 im Quartal II/2010 auf 217 im Quartal III/2010, mithin um 58 Fälle bzw. 21 %, gesunken. Gemäß § 3 Abs. 4 der Onkologievereinbarung sei als Voraussetzung zur Teilnahme die Betreuung von Patienten nachzuweisen, und zwar bei Fachärzten für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Onkologie die Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten/Quartal und Arzt mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 mit medikamentöser Tumorthherapie zu behandelnden Patienten, davon wiederum 30 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung. Führe die Abwanderung von Patienten zur Unterschreitung dieser Mindestmenge nach der Onkologie-Vereinbarung, drohe den Gesellschaftern der Antragstellerin der Verlust des Status als onkologisch qualifizierte Ärzte. Damit würde der Antragstellerin die wirtschaftliche Grundlage entzogen.

Die Beigeladenen zu 3) bis 9) haben sich nicht zur Sache geäußert.

Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im Übrigen nimmt der Senat Bezug auf den Inhalt der Gerichtsakte, die beigezogene Streitakte S 2 KA 258/10 und den Verwaltungsvorgang der Bezirksregierung.

II.

Die statthafte und im Übrigen zulässige Beschwerde (§§ 172, 173 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) ist im tenorierten Umfang begründet. Der angefochtene Beschluss des SG ist abzuändern, denn die von der Bezirksregierung angeordnete sofortige Vollziehung der Bestimmungsbescheide vom 29.10.2009 ist nicht gesetzmäßig.

1.

Der erkennende Senat ist zuständig.

Ausweislich des Abschnitts A I des Geschäftsverteilungsplans des Landessozialgerichts (LSG) Nordrhein-Westfalen für das Jahr 2011 vom 20.12.2010 sind dem erkennenden Senat Streitsachen des Vertragszahnarztrechts, des Vertragsarztrechts und nach einem bestimmten Schlüssel Streitsachen der Krankenversicherung zugewiesen. Vorliegend handelt es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts (§§ 10 Abs. 2, 31 Abs. 2 SGG) und nicht um eine solche der Sozialversicherung (§§ 10 Abs. 1 Satz 1, 31 Abs. 1 SGG). Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat insoweit Bezug auf den Beschluss vom 09.02.2011 - L 11 KA 91/10 B ER -, dessen Inhalt den Beteiligten bekannt ist.

2.

Der Senat entscheidet den Rechtsstreit in der Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreis der Krankenkassen und der Vertragsärzte (§§ 12 Abs. 2 Satz 1, 33 Satz 2 SGG). Es handelt sich infolge der Nähe zum Zulassungsrecht um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts (§ 12 Abs. 3 Satz 1 SGG) und nicht um eine solche der Vertragsärzte (§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG). Im übrigen gilt, dass der Spruchkörper im Zweifel mit einem Vertragsarzt und einem Kassenvertreter entscheidet (Senat, Beschluss vom 09.02.2011 - L 11 KA 91/10 B ER -; Frehse in Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Auflage, 2006, § 23 Rdn. 15 m.w.N.; vgl. auch Jansen, SGG, 3. Auflage, 2009, § 12 Rdn. 5 m.w.N.).

3.

Der Senat hat die Beigeladenen zu 1) bis 9) einfach zum Verfahren beigeladen (§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGG). Die einfache Beiladung setzt voraus, dass der Ausgang des Rechtsstreits für den Dritten in rechtlicher, wirtschaftlicher oder schützenswert ideeller Hinsicht von

Bedeutung sein kann (Düring in Jansen, SGG, 3. Auflage, 2009, § 75 Rdn. 2 m.w.N.). Soweit es die zu 2) beigeladene KV Nordrhein anlangt, folgt deren berechtigtes Interesse daraus, dass der Bestimmungsbescheid, so er denn rechtswidrig wäre, unzulässig in den ihr zugewiesenen Rechtskreis ([§ 72 Abs. 1 SGB V](#)) eingreift, also deren rechtliches Interesse betroffen ist. Im Übrigen entnimmt der Senat auch [§ 116b Abs. 2 SGB V](#), dass eine KV jedenfalls einfach beizuladen ist. Die Formulierung "unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation" indiziert, dass die Interessen des durch [§ 72 Abs. 1 SGB V](#) definierten Rechtskreises in das Bestimmungsverfahren einzubringen sind. Da den KVen und der KBV zudem der Sicherstellungsauftrag übertragen ist ([§ 75 Abs. 1 SGB V](#)) und Bestimmungsbescheide nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) die vertragsärztliche Versorgung insofern beeinflussen können, als es zu einer sektorübergreifenden Konkurrenz des Krankenhauses mit vertragsärztlichen Leistungserbringern mit der Folge kommen kann, dass das vertragsärztliche Leistungsangebot zurückgefahren wird, ist ein rechtliches Interesse auch unter diesem Blickwinkel gegeben (a.A. LSG Hamburg, Beschluss vom 11.02.2008 - [L 2 B 485/07 ER KA](#) -). Die Folgen eines Bestimmungsbescheids können im Einzelfall existenzvernichtend sein. Das gilt namentlich in Fällen der Sonderbedarfs auf der Grundlage von § 24 Satz 1 Buchst. b Satz 5 BedarfsplanungsRL-Ä. Zudem kann ein solchermaßen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt weder inhaltlich noch räumlich ausweichen (§ 25 Abs. 1 Bedarfsplanungsrichtlinie-Ärzte (BedarfsplanungsRL-Ä)). Der spezialisierte Facharzt hat unter dem Regime der Bedarfsplanung mithin keine Chance, den durch die Verschmelzung des ambulanten mit dem stationären Behandlungssektor bewirkten Einschränkungen mittels ökonomischer Eigensteuerung zu entgehen (vgl. Pitschas in GesR 2010, 513, 519). Ein allgemeines Mandat zur Wahrnehmung der Rechte der Vertragsärzte zur Abwehr von Konkurrenz durch die Krankenhäuser ist den KVen zwar nicht übertragen (LSG Hamburg, Beschluss vom 11.02.2008 - [L 2 B 485/07 ER KA](#) -; vgl. auch LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss 25.05.2009 - [L 4 KR 116/09 B ER](#) -). Diese Erkenntnis steht einer Beiladung indes nicht entgegen. Da die KVen den Sicherstellungsauftrag durch ihre Mitglieder erfüllen (Henke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, SGB V, 2009, § 75 Rdn. 4), ist dieser der Sache nach berührt, wenn ein Krankenhaus nach Maßgabe des [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) bestimmt wird. Zudem ist den KVen mittels des [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) eine institutionelle Verantwortung im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit der Systems der vertragsärztlichen Versorgung eingeräumt (BSG, Urteil vom 30.11.1994 - 6 Rka 32/93 -). Demzufolge sind ihre rechtlichen Interessen betroffen; sie sind zum Verfahren einfach beizuladen.

Der Senat weist vorsorglich darauf hin, dass hieraus nicht hergeleitet werden kann, eine KV sei in Verfahren nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) klagebefugt (hierzu auch LSG Niedersachsen, Beschluss vom 25.09.2009 - [L 4 KR 116/09 ER](#) -; bejahend SG Schwerin, Beschluss vom 11.12.2008 - [S 3 ER 367/08 KA](#) -). Das ist nicht Streitgegenstand und bedarf hier keiner Klärung.

Für die beigeladenen Landesverbände der Krankenkassen gilt angesichts von [§ 72 Abs. 1 SGB V](#) im Ergebnis nichts anderes. Zudem verlangt [§ 116b Abs. 2 Satz 3 SGG](#), dass das Einvernehmen mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten anzustreben ist. Hierzu rechnen nach §§ 14, 15 Krankenhausgestaltungsgesetz (KHGG) NRW auch die Landesverbände der Krankenkassen. Das hieraus resultierende rechtliche Interesse rechtfertigt die einfache Beiladung.

Soweit es den durch den zu 1) beigeladenen Träger der beiden Krankenhäuser anlangt, ist das berechnete Interesse schon deswegen gegeben, weil sowohl dessen rechtliche als auch wirtschaftliche Interessen berührt sind, was keiner weiteren Darlegung bedarf.

Die Beiladung des Berufungsausschusses für Ärzte für den Bezirk der KV Nordrhein erscheint demgegenüber eher als nachrangig. Der Senat hat erwogen, die Beiladung aufzuheben. Angesichts des im Tatbestand erwähnten Widerspruchsbescheides vom 10.11.2010 bleibt die Beiladung bestehen.

4.

Die Klage in der Hauptsache und der Antrag im einstweiligen Rechtsschutzverfahren waren zunächst zutreffend gegen die Bezirksregierung Köln gerichtet. Ab dem 01.01.2011 ist Antragsgegner indessen das Land Nordrhein-Westfalen (nachfolgend a)), vertreten durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (nachfolgend b)). Die Antragstellerin hat ihren Antrag entsprechend umgestellt. Die Bezirksregierung ist seit dem 01.01.2011 nicht mehr postulationsfähig (nachfolgend c)).

a) Beteiligtenfähig sind nach [§ 70 Nr. 3 SGG](#) Behörden dann, wenn das Landesrecht dies bestimmt. Obwohl die Bezirksregierung Köln die angefochtenen Bescheide erlassen hat, ist sie nicht mehr beteiligtenfähig. Nach bisheriger Rechtslage waren Behörden im SGG-Verfahren infolge ausdrücklicher landesrechtlicher Regelung (Gesetz zur Ausführung des Sozialgerichtsgesetzes im Lande Nordrhein-Westfalen (AG-SGG) vom 08.12.1953 (GV. NRW 1953 S.412/SGV. NRW. 304)) beteiligtenfähig. Dieses Gesetz ist durch Art. 2 Nr. 29 des Gesetzes zur Modernisierung und Bereinigung von Justizgesetzen im Land Nordrhein-Westfalen vom 26.01.2010 (GV. NRW. Ausgabe 2010 Nr. 3 vom 08.02.2010, S. 29 ff.) mit Wirkung zum 01.01.2011 (hierzu Art. 4 a.a.O.) aufgehoben worden. Damit ist die Beteiligtenfähigkeit von Behörden nicht mehr vorgesehen und die landesrechtliche Option nach [§ 70 Nr. 3 SGG](#) weggefallen. Die hierzu am 21.01.2011 im Verfahren [L 11 KA 91/10 B ER](#) um Stellungnahme gebetene Bezirksregierung Düsseldorf hat mit Schreiben vom 01.02.2011 mitgeteilt, diese Fragestellung an das Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen herangetragen zu haben. Bislang hat dieses Ministerium sich gegenüber dem Senat nicht geäußert. Statt dessen hat die Bezirksregierung Köln im vorliegenden Verfahren mitgeteilt (Schreiben vom 15.02.2011), die Frage der Beteiligtenfähigkeit werde momentan zwischen den Ressorts abgestimmt. Ein weiteres Abwarten ist indessen im einstweiligen Rechtsschutzverfahren nicht tunlich.

Es gilt nunmehr Folgendes: Für die Bezirksregierung, eine Landesmittelbehörde der allgemeinen und inneren Verwaltung im Bereich des Innenministeriums, hat der Wegfall des § 3 AG-SGG NRW zur Folge, dass sie nicht mehr als Beteiligte in einem sozialgerichtlichen Streitverfahren auftreten kann, sondern aufgrund des nunmehr geltenden Rechtsträgerprinzips das Land Nordrhein-Westfalen verfahrensbeteiligt ist. Dies hat einen Beteiligtenwechsel kraft Gesetzes zur Folge, der eine Rubrumsänderung von Amts wegen nach sich zieht (Senat, Beschluss vom 09.02.2011 - [L 11 KA 91/10 B ER](#) -; hierzu auch BSG, Urteil vom 28.07.2008 - [B 1 KR 5/08 R](#) - und BSG, Beschluss vom 08.05.2007 - [B 12 SF 3/07 S](#) -; vgl. auch LSG Nordrhein-Westfalen, Vorlagebeschluss vom 03.09.2008 - [L 10 VG 20/03](#) - anhängig beim Bundesverfassungsgericht (BVerfG) zum Az. [2 BvL 20/08](#)).

b) Das Land Nordrhein-Westfalen wird nicht durch die Bezirksregierung vertreten. Zwar bestimmt § 8 des Gesetzes über die Organisation der Landesverwaltung - Landesorganisationsgesetz (LOG NRW, GV. NRW. 1962 S. 421 i.d.F. von Art. 10 des 2. ModernG v. 09.05.2000 (GV. NRW. S. 462))

(1) Die Bezirksregierung ist die allgemeine Vertretung der Landesregierung im Bezirk. Sie hat die Entwicklung auf allen Lebensbereichen im Bezirk zu beobachten und den zuständigen obersten Landesbehörden darüber zu berichten.

(2) Die Bezirksregierung ist eine Bündelungsbehörde.

(3) Die Bezirksregierung ist zuständig für alle Aufgaben der Landesverwaltung, die nicht ausdrücklich anderen Behörden übertragen sind.

(4) ...

Hieraus kann keine prozessuale Vertretungsbefugnis hergeleitet werden. Im gerichtlichen Verfahren ist die Beteiligtenfähigkeit von der Prozessführungsbefugnis zu unterscheiden. Letztere betrifft das Recht, im eigenen Namen einen Prozess zu führen, ohne dass eine materiell-rechtliche Beziehung zum Streitgegenstand vorliegen muss. Dabei ist die gesetzliche Prozessstandschaft durch ausdrücklich gesetzliche Anordnung (hierzu u.a. BSG, Urteil vom 15.07.2009 - [B 12 KR 14/08 R](#) -) von der gewillkürten Prozessstandschaft aufgrund rechtsgeschäftlicher Befugnis (hierzu u.a. BGH, Urteil vom 08.03.2004 - [II ZR 316/01](#) -) zu unterscheiden. Während das Obergerverwaltungsgericht (OVG) Nordrhein-Westfalen seit dem Wegfall der Beteiligtenfähigkeit lediglich das Rubrum in dem Sinne umstellt, dass das Land vertreten durch die Bezirksregierung auftritt (vgl. OVG Nordrhein-Westfalen, Beschlüsse vom 04.03.2011 - [13 A 2099/10](#) - und 01.03.2011 - [15 B 127/11](#) -), hat der Senat im Beschluss vom 09.02.2011 - [L 11 KA 91/10 B ER](#) - die Frage nach der Prozessführungsbefugnis problematisiert. Dies konnte letztlich offen bleiben, weil nicht die aktive Prozessführungsbefugnis der Bezirksregierung klärungsbedürftig war, sondern deren passive Prozessführungsbefugnis (zur Unterscheidung vgl. BSG, Urteil vom 30.09.2010 - [B 10 EG 9/09 R](#) -).

Wer gesetzlicher Vertreter ist, ergibt sich aus dem materiellen Recht, also aus dem Grundgesetz (GG), der Landesverfassung oder der Geschäftsordnung der Regierung bzw. den Geschäftsordnungen allgemein (vgl. Kopp/Schenke, VwGO, 16. Auflage, 2009, § 62 Rdn 14). Nach § 8 Abs. 1 LOG NRW ist die Bezirksregierung die allgemeine Vertretung der Landesregierung im Bezirk. Nach § 8 Abs. 3 LOG NRW ist die Bezirksregierung zuständig für die Aufgaben der Landesverwaltung. Da diese Norm aber keine Regelung für das rechtsgeschäftliche Auftreten und die Geltendmachung von Ansprüchen im Gerichtsverfahren enthält, ist sie Norm nicht geeignet, insoweit eine gesetzliche Vertretungsbefugnis zu begründen. Die Geschäftsordnung der Bezirksregierungen (GeschO des Innenministeriums des Landes NRW vom 26.03.2008 MBl. NRW. S. 288 (SMBI. NRW 20020)) sieht zwar in § 4 Satz 3 vor, dass die Bezirksregierungen "in bestimmten Aufgaben Zuständigkeiten für das gesamte Land wahrnehmen", dies bedeutet jedoch nicht die Legitimierung einer Prozessführungsbefugnis. Vielmehr wird eine Option zur Wahrnehmung einzelner sich aus dem Organisationsermessen ergebender Aufgaben als Ausfluss der sich aus [Art. 84 Abs. 1 GG](#) ergebenden Organisationsgewalt der Landeseigenverwaltung formuliert. Die Errichtung von Behörden umfasst deren Ausgestaltung und innere Organisation, einschließlich der Übertragung von Aufgaben und Befugnissen (vgl. Pieroth in Jarras/Pieroth, GG, 5. Auflage, 2000, Art. 84 Rdn. 3 m.w.N.). Die Geschäftsordnung der Bezirksregierungen bietet demnach keine hinreichende Legitimation im Sinne einer gesetzlichen Prozessführungsbefugnis. So bedurfte es auch mit der Auflösung des Landesversorgungsamtes NRW durch Art. 1 § 3 Satz 2 i.V.m. Art. 37 Abs. 2 des 2. ModernG und dessen Aufgabenwahrnehmung durch die Bezirksregierung Münster nicht nur einer expliziten Regelung in der Geschäftsordnung (§ 4 Abs. 4 i.d.F. der Geschäftsordnung für die Bezirksregierungen vom 30.07.2004) sondern auch einer Änderung des [§ 71 Abs. 5 SGG](#) durch das 6. SGG-Änderungsgesetz vom 17.08.2001 zum 02.01.2002 (BGBl. I 2001, 2144 vom 17.08.2001; hierzu auch Düring in Jansen, a.a.O., § 71 Rdn. 6; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Auflage, 2008, § 71 Rdn. 7). Erst nach Änderung des [§ 71 Abs. 5 SGG](#) konnte eine wirksame Vertretung des Landes durch die Bezirksregierung für die Versorgungsverwaltung angenommen werden (vgl. BSG, Urteile vom 12.06.2001 - [B 9 V 5/00](#) - und 07.11.2001 - [B 9 SB 1/01 R](#) -; Leitherer a.a.O.). Aufgrund seiner umfassenden Organisationsgewalt ist das Land befugt, die Art seiner Vertretung vor Gericht selbst zu bestimmen, immer aber in den Grenzen des [§ 71 SGG](#). Ob der für das Bundesrecht zuständige Gesetzgeber ([Art. 74 Nr. 1 GG](#)) sich für eine abweichende Regelung des [§ 71 SGG](#) entscheidet, liegt in seinem legislativen Ermessen. Da für die Bezirksregierung keine gesetzliche Prozessstandschaft anzunehmen ist (vgl. auch BVerwG, Beschluss vom 28.02.2002 - [5 C 25/01](#) -), kann das Land daher nur aufgrund seines Organisationsermessens die Bezirksregierung als Behörde gemäß [§ 73 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) im gewillkürten Einzelfall ohne verbindliche Außenwirkung bevollmächtigen. Das ist bislang nicht geschehen.

Die Bezirksregierung ist im vorliegenden Rechtsstreit auch im Übrigen nicht vertretungsbefugt. Soweit der Senat dies im Beschluss des vom 09.02.2011 - [L 11 KA 91/10 B ER](#) - nach kursorischer Prüfung der Rechtslage noch bejaht hat, wird daran nicht festgehalten (so schon die Verfügung des Senatsvorsitzenden vom 22.02.2011). Vielmehr gilt: Vorbehaltlich spezieller Vertretungsregelungen der Landesregierung wird das Land infolge des Rechtsträgerprinzips und ausgehend von dem materiellen Normenkomplex des [§ 116b SGB V](#) durch das sachnächste Ministerium (hier: Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter) vertreten. Soweit verschiedene Landesministerien durch entsprechende Erlasse ihre Vertretungskette geregelt haben (z.B. Anordnung über die Vertretung des Landes Nordrhein-Westfalen im Geschäftsbereich des Justizministers (Vertretungsordnung JM NRW, AV. d. JM vom 25.07.2000 i.d.F. vom 19.09.2007) sowie die Bestimmung über die Vertretung im Geschäftsbereich des Finanzministeriums (Vertretungsordnung FM NRW; Runderlass des FM vom 06.02.2006)), wonach die Bezirksregierungen für den jeweiligen Geschäftsbereich vertretungsbefugt sind (vgl. auch für die Zuständigkeit in privatrechtlichen Angelegenheiten im Geschäftsbereich des Innenministeriums: Runderlass vom 09.02.2000), fehlt bislang eine solche Vertretungsregelung für die Wahrnehmung der Prozessvertretung durch die Bezirksregierung für die Aufgaben des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter. Demzufolge ist die Bezirksregierung aus dem Rechtsstreit zu entlassen. Die Vertretung des Landes liegt beim genannten Ministerium.

c) Hieraus folgt, dass die Bezirksregierung Köln seit dem 01.01.2011 mangels jedweder Verfahrensbeteiligung nicht postulationsfähig ist, mithin weder wirksame Anträge stellen kann noch der Inhalt der von dieser Behörde dem Senat zugeleiteten Schriftsätze rechtlich beachtlich ist. Da das Land Nordrhein-Westfalen, vertreten durch das vorgenannte Ministerium, sich bislang weder zur Sache geäußert, noch Anträge gestellt hat, noch die bislang von der Bezirksregierung gestellten "Anträge" und schriftsätzlichen Äußerungen durch eine ausdrückliche oder auch nur konkludente Willenserklärung "genehmigt" hat, fehlt es seitens des Antragsgegners ab dem 01.01.2011 an jeglichem rechtlich erheblichen Verteidigungsvorbringen.

5.

Die statthafte und im Übrigen zulässige Beschwerde ist im tenorierten Umfang begründet.

a) Der Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung war statthaft (nachfolgend aa)) und auch im Übrigen zulässig (nachfolgend bb)).

aa) Nach [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) kann das Gericht der Hauptsache in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, auf Antrag die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen. Diese Anordnungsbefugnis besteht nicht nur dann, wenn von Gesetzes wegen die aufschiebende Wirkung von Widerspruch oder Anfechtungsklage entfällt ([§ 86a Abs. 2 Nr. 1 bis 4 SGG](#)), sondern auch dann, wenn eine Behörde die sofortige Vollziehbarkeit des Verwaltungsakts angeordnet hat ([§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#)). Die Anordnungsbefugnis des Gerichts umfasst daher auch die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung, die in [§ 86b Abs. 1 Satz 3 SGG](#) eigens erwähnt wird (Senat, Beschlüsse vom 09.02.2011 - [L 11 KA 91/10 B ER](#) - und 20.05.2009 - [L 11 B 5/09 KA ER](#) -; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 25.10.2006 - [L 10 B 15/06 KA ER](#) -; LSG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 03.08.2006 - [L 4 B 269/04 KA ER](#) -).

Die Antragstellerin wendet sich gegen die Anordnung der sofortigen Vollziehung der Bestimmungsbescheide. Dieses Begehren ist als Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ihrer Anfechtungsklage gegen die Bescheide vom 29.10.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.03.2010 statthaft, denn eine vollzugsfähige Regelung ist vorhanden (hierzu Senat, Beschluss vom 19.01.2011 - [L 11 KA 106/10 B ER](#) / [L 11 KA 119/10 B ER](#) -). Die Anfechtungsklage gegen einen Bestimmungsbescheid nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) hat aufschiebende Wirkung ([§ 86a Abs. 1 Satz 1 SGG](#)).

Die "Bestimmung" stellt einen Verwaltungsakt im Sinne des [§ 31 SGB X](#) dar. Obwohl in den Gesetzesmaterialien von der "Einführung eines Zulassungsverfahrens" ([BT-Drucks. 16/3100](#), 88) und den "auf diese Weise zugelassenen Krankenhäuser[n]" ([BT-Drucks. 16/3100](#), 140) die Rede ist, hat sich der Gesetzgeber der gebräuchlichen Bezeichnungen für einseitig erteilte Versorgungsberechtigungen im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten und in [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) weder von "Zulassung" noch von "Ermächtigung" gesprochen. Infolgedessen sind die für Zulassungen bzw. Ermächtigungen geltenden Vorschriften auf die "Bestimmung" nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) nicht anwendbar. Gleichwohl handelt es sich bei der Bestimmung ebenso um einen Verwaltungsakt wie bei anderen Versorgungsberechtigungen. Die Bestimmung hat auch statusbegründende Wirkung, da sie das Krankenhaus zur ambulanten Erbringung der Katalogleistungen nach [§ 116b Abs. 3](#) und 4 SGB V an alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zulasten von deren Krankenkassen berechtigt. Die Bestimmung gestaltet sonach unmittelbar die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und gesetzlichen Krankenkassen (Senat, Beschluss vom 09.02.2011 - [L 11 KA 91/10 B ER](#) -; LSG Sachsen, Beschluss vom 03.06.2010 - [L 1 KR 94/10 B ER](#) -).

Die aufschiebende Wirkung der von der Antragstellerin gegen die Bestimmungsbescheide vom 29.10.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.03.2010 erhobenen Anfechtungsklage entfiel mit der Anordnung der sofortigen Vollziehbarkeit durch die Bezirksregierung am 21.06.2010 ([§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#)). Zugleich ist damit der Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung statthaft geworden.

bb) Die in der Hauptsache erhobene Anfechtungsklage ist zulässig. Die Antragstellerin ist anfechtungsbefugt. Die Anfechtungsklage setzt gemäß [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) voraus, dass eine Verletzung von Rechten des Klägers durch den angefochtenen Verwaltungsakt als möglich erscheint (Klagebefugnis). Davon ist regelmäßig bei einem Verwaltungsakt auszugehen, der an den Anfechtenden gerichtet ist. Das ist hier allerdings nicht der Fall. Die Antragstellerin ist nicht Adressat der von ihr angefochtenen Verwaltungsakte. Sie begehrt vielmehr die Aufhebung von Verwaltungsakten, die einem anderen - der Beigeladenen zu 1) - erteilt und durch die dieser erlaubt wurde, bestimmte Leistungen, die sie - die Antragstellerin - nach eigenem Vorbringen auch anbietet, im Rahmen der ambulanten (vertragsärztlichen) Versorgung zu erbringen und abzurechnen. Sie kann hierdurch nur mittelbar bzw. nur durch die wirtschaftliche Auswirkungen jener Verwaltungsakte betroffen sein. Dies reicht im Regelfall für eine rechtliche Betroffenheit und damit für die Annahme einer Anfechtungsbefugnis nicht aus, denn die Rechtsordnung gewährt bei der Ausübung beruflicher Tätigkeiten grundsätzlich keinen Schutz vor Konkurrenz (BVerfG, Beschlüsse vom 23.04.2009 - [1 BvR 3405/08](#) - und 17.08.2004 - [1 BvR 378/00](#) -).

Während bei der sog. offensiven Konkurrentenklage, bei der mehrere Bewerber um die Zuerkennung einer nur einmal zu vergebenden Berechtigung streiten, die Anfechtungsbefugnis aus der eigenen Grundrechtsbetroffenheit jeden Bewerbers folgt (BVerfG, Beschluss vom 13.06.2006 - [1 BvR 1160/03](#) -), kann nach Ansicht des BSG bei der sog. defensiven Konkurrentenklage zur Abwehr eines zusätzlichen Konkurrenten eine Anfechtungsbefugnis nicht aus materiellen Grundrechten abgeleitet werden, weil diese keinen Anspruch auf Fernhaltung Dritter begründen. Eine Befugnis zur Abwehr des Konkurrenten könne sich nur aus einschlägigen einfach-rechtlichen Regelungen ergeben. Dies sei lediglich der Fall in der besonderen Konstellation, dass den Bestimmungen, auf die sich die Rechteinräumung stütze, ein Gebot der Rücksichtnahme auf die Interessen derer zu entnehmen sei, die schon eine Position am Markt innehätten, wenn also die einschlägigen Bestimmungen einen Drittschutz vermittelten (BSG, Urteil vom 07.02.2007 - [B 6 KA 8/06 R](#) - m.w.N.).

Diese Auslegungsfrage ist indes nicht der Zulässigkeit des Rechtsbehelfs zuzuordnen. Unzulässig ist ein Rechtsbehelf vielmehr nur dann, wenn durch den angefochtenen Verwaltungsakt offensichtlich und eindeutig nach keiner Betrachtungsweise Rechte des Klägers verletzt sein können (vgl. BSG, Urteile vom 28.10.2009 - [B 6 KA 42/08 R](#) -, 17.06.2009 - [B 6 KA 38/08 R](#) -; Düring in Jansen, a.a.O., § 86a Rdn. 5; Düring, Festschrift für Schnapp, 2008, Organisation und Verfahren im sozialen Rechtsstaat, Konkurrentenschutz im Vertragsarztrecht, S. 389 ff., 393). Das ist dann der Fall, wenn sich die Verneinung der Drittanfechtungsbefugnis bzw. -berechtigung klar aus der Rechtsprechung des BSG ergibt. Dagegen ist keine offensichtliche Unzulässigkeit gegeben und demgemäß die aufschiebende Wirkung der Drittanfechtung zu bejahen, wenn die fragliche Drittanfechtungskonstellation noch nicht Gegenstand höchstrichterlicher Rechtsprechung gewesen ist, so dass man noch ernstlich streiten kann, ob eine Anfechtungsberechtigung besteht (zutreffend Clemens in Festschrift ARGE Medizinrecht im DAV, 2008, S. 334). Die Überprüfung im Einzelnen, ob eine Rechtsnorm drittschützenden Charakter hat, erfolgt erst im Rahmen der Begründetheit (BSG, Urteil vom 07.02.2007 - [B 6 KA 8/06 R](#) - m.w.N.; und 17.06.2009 - [B 6 KA 25/08 R](#) -; vgl. auch Senat, Beschluss vom 23.10.2010 - [L 11 KA 71/10 B ER](#) -).

Hiernach ist die Anfechtungsbefugnis zu bejahen (so auch Düring, Festschrift für Schnapp, 2008, Organisation und Verfahren im sozialen Rechtsstaat, Konkurrentenschutz im Vertragsarztrecht, S. 389 ff., 396). Zum einen hat der Senat im Beschluss vom 23.12.2010 - [L 11 KA 71/10 B ER](#) - (Zweigpraxisgenehmigung) entschieden, dass auch in Fällen der Drittanfechtung eine die Zulässigkeit des Rechtsbehelfs betreffende Anfechtungsbefugnis jedenfalls solange gegeben ist, wie auf der Grundlage des Sachvortrags eine willkürliche Bescheiderteilung zumindest als möglich erscheint und vom BSG die Willküranfechtung nicht expressis verbis ausgeschlossen wird (nachfolgend (1)). Zum anderen räumt [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) dem niedergelassenen Vertragsarzt hiervon losgelöst eine Anfechtungsbefugnis

ein (nachfolgend (2)).

(1) Die Antragstellerin hat (nur) dargelegt, warum aus ihrer Sicht die angefochtenen Bescheide fehlerhaft sind. Eine etwaige Rechtswidrigkeit der Bescheide genügt allerdings nicht, um die Anfechtungsbefugnis unter Willkür Gesichtspunkten zu eröffnen, denn Willkür liegt erst vor, wenn gravierende Rechtsverstöße vorliegen und diese den Kläger schwer beeinträchtigen (BSG, Urteil vom 28.10.2009 - [B 6 KA 42/08 R](#) - m.w.N.; Senat, Beschluss vom 23.12.2010 - [L 11 KA 71/10 B ER](#) -). An einem Sachvortrag, der eine willkürliche Bescheiderteilung schlüssig darlegt, fehlt es. Hierzu ist auch im Übrigen nichts ersichtlich.

(2) Ungeachtet dessen bejaht der Senat die Anfechtungsbefugnis. Soweit bislang ersichtlich, gibt es derzeit keinerlei Rechtsprechung des BSG zur Frage, ob infolge einer Bestimmung nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) eine defensive Konkurrenzsituation gegeben ist, welche eine Anfechtungsberechtigung statuiert. Das wiederum bedeutet: Namentlich vor dem Hintergrund von [Art. 12 GG](#) geht der Senat bis zur abschließenden höchstrichterlichen Klärung davon aus, dass eine Drittanfechtung jedenfalls nicht offensichtlich unzulässig ist (vgl. Senat, Beschlüsse vom 09.02.2011 - [L 11 KA 91/10 B ER](#) - und 23.12.2010 - [L 11 KA 71/10 B ER](#) -; vgl. auch BSG, Urteile vom 28.10.2009 - [B 6 KA 42/08 R](#) -, 17.06.2009 - [B 6 KA 38/08 R](#) -, 17.06.2009 - [B 6 KA 25/08 R](#) -: LSG Sachsen, Beschluss vom 03.06.2010 - [L 1 KR 94/10 B ER](#) -).

Infolgedessen ist die von der Antragstellerin erhobene Anfechtungsklage zulässig.

b) Der Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ist begründet. Die Voraussetzungen des [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) liegen vor.

Bei den Entscheidungen nach [§ 86b Abs. 1 SGG](#) hat eine Abwägung der öffentlichen und privaten Interessen stattzufinden. Dabei steht eine Prüfung der Erfolgsaussichten zunächst im Vordergrund. Auch wenn das Gesetz keine materiellen Kriterien für die Entscheidung nennt, kann als Richtschnur für die Entscheidung davon ausgegangen werden, dass das Gericht dann die aufschiebende Wirkung wiederherstellt, wenn der angefochtene Verwaltungsakt offenbar rechtswidrig ist und der Betroffene durch ihn in subjektiven Rechten verletzt wird. Am Vollzug eines offensichtlich rechtswidrigen Verwaltungsaktes besteht kein öffentliches Interesse (Düring in Jansen, a.a.O., § 86b Rdn. 11). Sind die Erfolgsaussichten nicht offensichtlich, müssen die für und gegen eine sofortige Vollziehung sprechenden Gesichtspunkte gegeneinander abgewogen werden. Dabei ist die Regelung des [§ 86a Abs. 3 Satz 2 SGG](#) zu beachten, dass in den Fällen des [§ 86a Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) (Entscheidung über Versicherungs-, Beitrags- und Umlagepflichten sowie der Anforderung von Beiträgen, Umlagen und sonstigen öffentlichen Abgaben) die Vollziehung ausgesetzt werden soll, wenn ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Verwaltungsaktes bestehen oder die Vollziehung für den Antragsteller eine unbillige, nicht durch überwiegende öffentliche Interessen gebotene Härte zur Folge hätte. Auch über diese ausdrückliche Regelung hinaus ist das aus den Regelungen des [§ 86a SGG](#) hervorgehende gesetzliche Regel-Ausnahmeverhältnis zu beachten: In den Fallgruppen des [§ 86a Abs. 2 Nr. 2 bis 4 SGG](#) ist maßgebend, dass der Gesetzgeber einen grundsätzlichen Vorrang des Vollziehungsinteresses angeordnet hat und es deshalb besonderer Umstände bedarf, um eine davon abweichende Entscheidung zu rechtfertigen (BVerfG, Beschluss vom 10.10.2003 - [1 BvR 2025/03](#) - zu [§ 80 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 VwGO](#)). In den Fällen des [§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) haben Widerspruch und Klage hingegen grundsätzlich aufschiebende Wirkung. Es ist ein öffentliches Vollzugsinteresse oder ein überwiegendes Interesse eines Beteiligten erforderlich. Nur dann wird (ausnahmsweise) die sofortige Vollziehung angeordnet. Das Gericht hat insbesondere zu berücksichtigen, wie schwerwiegend die Beeinträchtigung durch die aufschiebende Wirkung gerade im grundrechtsrelevanten Bereich ist. Bei Eingriffen in die Berufsfreiheit müssen die Gründe für den Sofortvollzug in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Eingriffs stehen und ein Zuwarten bis zum rechtskräftigen Abschluss des Hauptverfahrens ausschließen (vgl. BVerfG, Beschlüsse vom 28.08.2007 - [1 BvR 2157/07](#) -; 11.02.2005 - [1 BvR 276/05](#) -; BVerfG, [NJW 2003 S. 3618](#), 3619; Senat, Beschlüsse vom 20.05.2009 - [L 11 B 5/09 KA ER](#) -, 19.03.2009 - [L 11 B 20/08 KA ER](#) -, 17.06.2009 - [L 11 B 6/09 KA ER](#) -; vgl. auch Düring, a.a.O., § 86b Rdn. 11).

Ausgehend hiervon ergibt sich: Die Bestimmungsbescheide erweisen sich in der Sache als nicht gesetzmäßig (aa)). Zudem ist die sofortige Vollziehung formal fehlerhaft angeordnet worden (bb)). Die Antragstellerin kann sich hierauf berufen, denn sie ist (materiell) anfechtungsberechtigt (cc)).

aa) Die Anfechtungsklage wird voraussichtlich Erfolg haben. Die angefochtenen Bescheide sind rechtswidrig.

(1) Die Bestimmungsbescheide sind formell rechtmäßig. Insbesondere ist die Bezirksregierung Köln die dafür zuständige Behörde (§ 1 Abs. 2 der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und Verfahren auf dem Gebiet des Krankenhauswesens vom 21.10.2008).

(2) Die Bestimmungsbescheide sind jedoch materiell rechtswidrig, weil die Bezirksregierung die vertragsärztliche Versorgungssituation im Rahmen der ihr obliegenden Abwägung nicht berücksichtigt hat.

(a) Voraussetzung der gesetzlichen Erlaubnis des [§ 116b Abs. 2 Satz 1 Halbs. 1 SGB V](#) ("ist berechtigt") ist Zweierlei, nämlich (positiv)

- dass die nach Landesrecht für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde das Krankenhaus unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation bestimmt hat ([§ 116b Abs. 2 Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#)) und (negativ)

- eine Bestimmung darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist.

Die Norm räumt zugelassenen Krankenhäusern keinen gebundenen Anspruch auf Bestimmung zur ambulanten Erbringung von Katalogleistungen nach [§ 116b Abs. 3](#) und 4 SGB V ein. So heißt es nicht, dass ein Krankenhaus unter bestimmten Voraussetzungen zur ambulanten Behandlung berechtigt ist, sondern nur, dass es berechtigt ist, wenn und soweit es zur ambulanten Behandlung bestimmt worden ist. Abgrenzend hierzu sind z.B. psychiatriische Krankenhäuser nach [§ 118 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) im Sinne einer gebundenen Entscheidung zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung zu ermächtigen und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen unter den in [§ 118 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) näher gelisteten Voraussetzungen kraft Gesetzes ermächtigt (vgl. BSG, Urteil vom 28.01.2009 - [B 6 KA 61/07 R](#) -). Für Entscheidungsspielräume der zuständigen Landesbehörde spricht ferner die Formulierung des [§ 116b Abs. 2 Satz 2 SGB V](#), wonach die Bestimmung nicht erfolgen darf, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist (Senat, Beschluss vom 09.02.2011 - [L 11 KA 91/10 B ER](#) -; LSG Sachsen, Beschluss vom

03.06.2010 - [L 1 KR 94/10 B ER](#) -; Henke in Peters, a.a.O., § 116b Rdn. 3; Stollmann, ZGMR 2007, 134, 136; Knittel in Krauskopf, SGB V, § 116b Rdn. 8; a.A. Becker in Becker/Kingreen, SGB V, 2. Auflage, 2010, § 116b Rdn. 6; Möller, SGB 2009, 345, 349). Losgelöst hiervon ergeben sich Abwägungsnotwendigkeiten jedenfalls daraus, dass die Bestimmung nur unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation erfolgen darf ([§ 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Substantivierung des Verbs "berücksichtigen" bringt im Gegensatz zum Verb "beachten" eine geringere Intensität der Gesetzesbindung zum Ausdruck. Demgemäß ist der Begriff "beachten" im Zusammenhang mit der Großgeräteplanung des (inzwischen aufgehobenen) [§ 122 SGB V](#) im Sinne von "als verbindlich zu Grunde legen" definiert worden, während dem Verb "berücksichtigen" nur der Bedeutungsinhalt beigemessen worden ist, dass Gesichtspunkte in Betracht gezogen werden müssen und eine sachliche Auseinandersetzung mit ihnen zu erfolgen hat, aber nach pflichtgemäßer Abwägung davon abgewichen werden darf (BSG, Urteile vom 10.05.2000 - [B 6 KA 20/99 R](#) - und 14.05.1992 - [6 Rka 41/91](#) -). Da die Bestimmung nicht unter Beachtung, sondern nur unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation ergehen darf, müssen in ihr sonach auch andere, im Gesetzestext nicht genannte Gesichtspunkte gewürdigt werden. Die Abwägung verschiedener, auch gegenläufiger Gesichtspunkte ist kennzeichnend für Entscheidungsspielräume der Verwaltung. Diese betreffen in [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) die Tatbestandsseite der Norm. Ist die Eignung erwiesen und stehen Aspekte der vertragsärztlichen Versorgungssituation nicht entgegen, ist das Krankenhaus zuzulassen. M.a.W.: Die Erfüllung der Tatbestandsvoraussetzung bedingt eine zwingende Rechtsfolge. Mithin ist der Behörde ein Beurteilungs- und kein Ermessensspielraum eingeräumt (Senat, Beschluss vom 09.02.2011 - L 11 KA 91/19 B ER -; offengelassen von LSG Sachsen, Beschluss vom 03.06.2010 - [L 1 KR 94/10 B ER](#) -).

Ohne Bestimmung ist das Krankenhaus für die Erbringung ambulanter Leistungen kein zugelassener Leistungserbringer (Becker, a.a.O., § 116b Rdn. 5). Systematisch folgt hieraus, dass zunächst die Eignung zu prüfen ist, denn Maßstab der Bestimmung ist die Eignung ([§ 116b Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Die Negativformulierung deutet allerdings darauf hin, dass grundsätzlich die Eignung des Krankenhauses zu vermuten ist und eine Nichteignung seitens der Zulassungsbehörde nachzuweisen ist (vgl. Köhler-Hohmann in jurisPK-SGB V, § 116b Rdn 20; Becker, a.a.O., § 116b Rdn. 6). Der von den Beteiligten diskutierten Frage, ob und inwieweit die zugelassenen (bestimmten) Krankenhäuser geeignet sind, geht der Senat im einstweiligen Rechtsschutzverfahren indessen nicht nach. Sofern entscheidungserheblich, mag dies im Hauptsacheverfahren geklärt werden. Der Senat sieht den Bestimmungsbescheid vielmehr schon deswegen als rechtswidrig an, weil ihm ein kompletter Abwägungsausfall zu Grunde liegt.

Das Berücksichtigungsgebot gebietet, die aktuelle Versorgungssituation im vertragsärztlichen Bereich "sorgfältig" (so Henke in Peters, a.a.O., § 116b Rdn. 3) zu analysieren und zu würdigen (vgl. auch Blöcher in SGB 2010, 627, 630). Dies setzt voraus, den unbestimmten Rechtsbegriff "unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation" zu konkretisieren. Welche Gesichtspunkte insoweit rechtlich relevant sind, legt [§ 116b SGB V](#) nicht fest. Sie sind den allgemeinen Anforderungen an die Ausgestaltung der Leistungserbringung, insbesondere an deren Qualität ([§ 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) sowie Wirtschaftlichkeit ([§ 70 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)), und dem Normzweck des [§ 116b Abs. 2 bis 5 SGB V](#) zu entnehmen. Die vom Gesetzgeber gewollte Teilöffnung der Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten (vertragsärztlichen) Versorgung dient nicht allein der Schließung von Versorgungslücken, sondern vor allem der Verbesserung der Versorgungsqualität, den Erfordernissen der Patientengerechtigkeit und der Erschließung von Effizienzreserven. In den Gesetzesmaterialien zum GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist im Einzelnen von der besonderen Qualifikation der Krankenhausärzte und der hohen Patientenfrequenz (Erfahrung und Routine), der vorhandenen Struktur (Kompetenzbündelung), der Möglichkeit, Risiken der Behandlung besser beherrschen zu können (Sicherheit), und dem wirtschaftlichen Einsatz der im Krankenhaus vorhandenen kostspieligen Infrastruktur (Effizienz) die Rede ([BT-Drs. 15/1525, S. 120](#); vgl. auch Wenner in GesR 2007, 337, 341). Die darüber hinaus in den Gesetzesmaterialien erwähnte Eröffnung des Wettbewerbs zwischen verschiedenen Versorgungsformen ist kein Selbstzweck, sondern dient den Zielen der Qualitätssteigerung, Patientengerechtigkeit und Effizienzsteigerung (vgl. [BT-Drs. 15/1525, S. 74](#)). In den Gesetzesmaterialien zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) wird das Interesse einer kontinuierlichen Behandlung der Patienten demgegenüber stärker betont ([BT-Drs. 16/3100, S. 87](#)). Soweit zunächst ausgeführt wurde, bei häufig wiederkehrenden stationären Aufenthalten könne ein durchgängig abgestimmtes Versorgungskonzept aus einer Hand erforderlich sein (so [BT-Drs. 15/1525, S. 120](#)), wird nunmehr hervorgehoben, dass Schnittstellenprobleme beseitigt, die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor verbessert und die Übergänge erleichtert werden sollen (vgl. [BT-Drs. 16/3100, S. 87](#)). Ungeachtet einer angestrebten Wettbewerbsintensivierung wird diesem Aspekt weiterhin eine dienende Funktion mit Blick auf Qualität, Effizienz und Patientengerechtigkeit der Versorgung beigemessen. Ferner soll den mit einem intensivierten Wettbewerb verbundenen Gefahren mittels eines adäquaten wettbewerbsrechtlichen Rahmens zum Schutz vor Diskriminierung und Missbrauch marktbeherrschender Stellungen begegnet werden ([BT-Drs. 16/3100, S. 87](#)).

Auch bedarfsplanerische Gesichtspunkte sind zu ermitteln und in den Abwägungsvorgang einzubeziehen. Das Berücksichtigungsgebot verweist zwar nicht auf die vertragsärztliche Bedarfsplanung, will eine Bedarfsprüfung ausweislich der Gesetzesbegründung vielmehr ausschließen ([BT-Drs. 16/3100, S. 139](#) zu Nr. 85 b) und c)). Hieraus folgt, dass vertragsärztliches Bedarfsplanungsrecht nicht anzuwenden ist, mithin weder auf die gesetzlichen Vorgaben des Bedarfsplanungsrechts ([§§ 99 ff. SGB V](#); [§§ 12 ff. der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte \(Ärzte-ZV\)](#)) noch auf die Bedarfsplanungsrichtlinie-Ärzte (BedarfsplanungsRL-Ä) des GBA Bezug genommen wird. Das darf indessen nicht zum Fehlschluss führen, bedarfsplanungsrechtliche Momente seien für die Bestimmungsentscheidung per se irrelevant. Derartige lässt sich weder der Gesetzesbegründung noch dem Wortlaut des [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) entnehmen. Vielmehr gilt: Die "vertragsärztliche Versorgungssituation" geht sprachlich über vertragsärztliches Planungsrecht hinaus, bezieht dieses aber (mittelbar) in das Berücksichtigungsgebot ein. Die "vertragsärztliche Versorgungssituation" erfasst nicht nur planungsrechtliche Momente, sondern die vertragsärztliche Versorgung als solche. Soweit das LSG Sachsen (a.a.O.) in diesem Zusammenhang formuliert, dies "läuft zwar auf eine Bedarfsprüfung hinaus", mag das missverständlich sein. Wenn dem allerdings entgegengehalten wird, hiermit werde gesetzwidrig eine Bedarfsprüfung "durch die Hintertür" eingeführt (Quaas in f&w, 2010, 412, 416), wird sowohl der Inhalt der Entscheidung des LSG Sachsen als auch der Normbefehl des [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) verkannt. Dass das Berücksichtigungsgebot schon dem Wortlaut nach ("unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation") auch bedarfsplanerische Gesichtspunkte enthält, bedarf keiner Vertiefung und wird - insoweit inkonsequent - im Ergebnis auch von Quaas a.a.O. (Seite 416, re. Spalte) anerkannt. M.a.W.: Die Versorgungssituation impliziert auch die Planungssituation; anders formuliert: Die konkrete Planungssituation ist notwendiger Teil der übergreifenden Versorgungssituation. Gleichwohl darf die infolge des Berücksichtigungsgebots durchzuführende (eingeschränkte) Bedarfsprüfung nicht mit der Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich verwechselt werden (Henke in Peters, a.a.O., § 116b Rdn. 3; vgl. auch Wenner in GesR 2009, 505, 509). Die vertragsärztliche Bedarfsplanung im engeren Sinne ([§§ 100, 101 SGB V](#)) greift die Fachgebiete nach den Weiterbildungsordnungen auf (vgl. [§ 4 BedarfsplanungsRL-Ä](#)) und kann schon vom Ansatz her keine Auskunft über den Bedarf an Katalogleistungen nach [§ 116b Abs. 3](#) und 4 SGB V und dessen Abdeckung zu geben. Denn für die Bestimmung des Krankenhauses ist nicht der nach Arztgruppen bemessene quantitative Bedarf von Bedeutung, sondern der auf die jeweilige Leistung bezogene qualitative Bedarf

und die entsprechenden Kapazitäten der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer. Entscheidend ist daher nicht, dass eine Bedarfsprüfung durchgeführt wird, denn diese verlangt das Gesetz nicht, maßgebend ist allein, ob bedarfsplanerische Gesichtspunkte als ein Abwägungsmoment neben einer Vielzahl anderer berücksichtigt werden.

Soweit gegenläufig die Auffassung vertreten wird, aus dem Berücksichtigungsgebot folge, dass eine Bestimmung des Krankenhauses zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung regelmäßig nicht erfolgen dürfe, wenn eine pflichtgemäße Ermessensprüfung der vertragsärztlichen Versorgungssituation ergebe, dass der niedergelassene Bereich die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung mit den Katalogleistungen nach den Abs. 3 und 4 sowohl quantitativ als auch qualitativ ordnungsgemäß gewährleisten könne (Henke in Peters, a.a.O., § 116b Rdn. 3; Pitschas in MedR 2008, 473 ff. m.w.N.), vermag der Senat dem nicht zu folgen. Soweit ersichtlich, wird dieser Ansatz damit begründet, dass das Berücksichtigungsgebot sinnentleert wäre, wenn der Gesetzgeber aus politischen Erwägungen eine uneingeschränkte Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung der entsprechenden Erkrankungen beabsichtigt hätte (so Henke in Peters, a.a.O., § 116b Rdn. 3). Diese Auffassung würde eine umfassende Präponderanz der Vertragsärzte perpetuieren. Hierzu indessen geben weder Wortlaut, noch Genese noch Gesetzesbegründung des [§ 116b SGB V](#) auch nur ansatzweise etwas her. Vielmehr ist es denkbar und legitim, dass die Bestimmungsbehörde Qualitätsgesichtspunkten wie höhere Erfahrung und Routine im Krankenhaus oder Patientengerechtigkeit (z.B. bessere Erreichbarkeit) einen größeren Stellenwert einräumt. Diese Gesichtspunkte sind mit der Gefahr abzuwägen, dass durch den eröffneten Wettbewerb zwischen Vertragsärzten und Krankenhaus die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Vertragsärzte im regionalen Einzugsbereich des jeweiligen Krankenhauses derart beeinträchtigt wird, dass die vom Krankenhaus nach [§ 116b Abs. 3](#) und 4 SGB V angebotenen ambulanten Leistungen von den Vertragsärzten aus wirtschaftlichen oder rechtlichen Gründen nicht mehr oder nur noch sehr eingeschränkt erbracht werden können und dadurch trotz der gebotenen Vielfalt der Leistungserbringer insgesamt dennoch eine Verschlechterung der Versorgungssituation eintritt (LSG Sachsen, Beschluss vom 03.06.2010 - [L 1 KR 94/10 B ER](#) -). Da es sich dabei nur um prognostische Bewertungen handeln kann, steht der Bestimmungsbehörde ein Einschätzungsspielraum über die künftige Entwicklung zu. In Anwendung des Verhältnismäßigkeitsprinzips kann es allerdings geboten sein, im Rahmen der Konkretisierung des Spielraums zu Lasten des antragstellenden Krankenhauses befristet Kontingentierungen vorzusehen, um die weitere Entwicklung zu beobachten und daraus Erkenntnisse für weitergehende Entscheidungen abzuleiten ([§ 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#): "wenn und soweit es dazu bestimmt worden ist."). Dies ist umso eher zu erwägen, wenn begründet zu befürchten ist, dass das Krankenhaus bei den fraglichen Leistungen einen faktischen Erstzugriff auf die Patienten hat und bei zielgerichteter Führung der Patienten vertragsärztliche Leistungserbringer ausschließen kann. Unerheblich ist dabei, ob das Krankenhaus einen so erheblichen Marktanteil im stationären Bereich hat, dass ein entsprechend voluminöser Marktanteil im ambulanten Bereich zu erwarten ist. Die Bestimmung nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) dient jedenfalls nicht dazu, den Zwängen des Vergütungsrechts im vertragsärztlichen oder stationären Bereich auszuweichen, um als Krankenhaus das eigene betriebswirtschaftliche Ergebnis zu verbessern. Der sich aus der Bestimmung ergebende "Mehrwert" für die ambulante Versorgung der Versicherten und das Gesamtsystem der Krankenversicherung muss sich aus anderen Gründen ergeben, wobei auch die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven zugunsten des Gesamtsystems der Krankenversicherung eine Rolle spielen kann (zutreffend LSG Sachsen, Beschluss vom 03.06.2010 - [L 1 KR 94/10 B ER](#) -).

(b) Angesichts des der zuständigen Landesbehörde bei der Entscheidung über die Bestimmung des Krankenhauses eingeräumten Beurteilungsspielraums beschränkt sich die gerichtliche Kontrolle darauf, ob der Entscheidung (aa) ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zu Grunde liegt, ob (bb) die Behörde die durch die Auslegung der unbestimmten Rechtsbegriffe "unter Berücksichtigung der Versorgungssituation" ermittelten Grenzen eingehalten hat und ob (cc) sie ihre Erwägungen so verdeutlicht und begründet hat, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2008 - [B 6 KA 10/08 R](#) -: Sonderbedarfszulassungen; Senat, Beschluss vom 23.12.2010 - [L 11 KA 71/10 B ER](#) -: Zweigpraxis). Diesen Anforderungen werden die angefochtenen Bescheide nicht gerecht. Der Mangel ist nicht geheilt (dd).

(aa) Den Bestimmungsbescheiden liegt kein noch hinreichend festgestellter Sachverhalt zu Grunde.

Die Bestimmung darf nur erfolgen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Die Behörde hat hierzu den maßgebenden Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln ([§ 20 Abs. 1 SGB X](#)) und der (richtigen) Entscheidung einen vollständig und zutreffend aufklärten Sachverhalt zu Grunde zu legen (Senat, Beschluss vom 23.12.2010 - [L 11 KA 71/10 B ER](#) -; von Wulffen, SGB X, 6. Auflage, 2008, § 20 Rdn. 3; vgl. auch BSG, Urteil vom 15.11.1995 - 6 Rka 43/94 -). Da nicht ausgeschlossen werden kann, dass ein Antragsvorbringen interessengeleitet ist (zum Sonderbedarf: BSG, Urteil vom 28.06.2000 - [B 6 KA 35/99 R](#) - sowie Senat, Beschluss vom 20.05.2009 - [L 11 B 5/09 KA ER](#) -), kann eine Entscheidung jedenfalls dann nicht allein hierauf gestützt werden, wenn - wie hier - auch Drittinteressen zu berücksichtigen sind (vgl. auch Senat, Beschlüsse vom 09.02.2011 - [L 11 KA 91/10 B ER](#) - und 23.12.2010 - [L 11 KA 71/10 B ER](#) -).

Der Entscheidung der Antragsgegnerin lagen zu Grunde: Das jeweilige Antragsvorbringen, die Stellungnahmen der zu 2) beigelegten KV, der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in Nordrhein und der Ärztekammer Nordrhein.

Hinsichtlich des K-Krankenhauses verweist die Beigeladene zu 2) unter Darlegung im Einzelnen darauf, dass die Versorgung quantitativ und infolge der Ermächtigung des am Krankenhaus tätigen Prof. Dr. L auch qualitativ gesichert sei. Die Ärztekammer äußert Bedenken hinsichtlich der Eignung des K Krankenhauses für die Behandlung von Knochen- und Weichteiltumoren und Tumoren der Lunge und des Thorax. Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen verneinen die Eignung des Krankenhauses für diese Behandlungskomplexe und für jenen der "Kopf- und Halstumore". Soweit es das Evangelische Krankenhaus anlangt, beschränkt sich die Stellungnahme der Beigeladenen zu 2) auf quantitative Aspekte der Versorgung. Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen meinen, aufgrund der Hauptabteilung Urologie scheine das Krankenhaus geeignet zu sein, obwohl es grenzwertig sei, dass die urologische Kompetenz nur über Kooperationen sichergestellt werden könne; die Zulassung dürfe daher erst dann erfolgen, wenn die aufgezeigten Antragsdefizite nachweislich alle beseitigt seien. Die Ärztekammer hat sich explizit nicht geäußert.

Der Inhalt dieser Stellungnahmen reicht als Entscheidungsgrundlage nicht aus. Die Bestimmungsbehörde darf sich nicht auf die Auswertung der beigezogenen - unzulänglichen - Stellungnahmen der Beigeladenen zu 2), der Krankenkassenverbände und der Ärztekammer beschränken, denn sie ist zur vollständigen Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts verpflichtet ([§ 20 Abs. 1 SGB X](#)) und hat alle für den Einzelfall bedeutsamen Umstände zu berücksichtigen ([§ 20 Abs. 2 SGB X](#)). Entsprechend der den Zulassungsgremien auferlegten Pflicht, den Sachverhalt u.a. im Hinblick auf Zulassungsanträge wegen Sonderbedarfs durch weiterführende Ermittlungen aufzuklären (hierzu Senat, Beschluss vom 25.05.2009 - [L 11 B 5/09 KA ER](#) -; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 25.04. 2007 - [L 10 KA](#)

[48/06](#) -, nachgehend BSG, Urteil vom 05.11.2008 - [B 6 KA 10/08 R](#) -, gilt im Ergebnis auch für die Bestimmungsbehörde im Antragsverfahren nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) nichts anderes. Zwar mögen die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze für die je nach Sachlage notwendigen Ermittlungen im Fall von Zulassungsanträgen wegen quantitativen und/oder qualitativen Bedarfs im Hinblick auf das Berücksichtigungsgebot des [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) zu modifizieren sein, jedenfalls aber lassen sich dem Anhaltspunkte entnehmen, um das der Behörde aufgegebenes Ermittlungsprogramm zu konkretisieren (zu Ermächtigungen: BSG, Urteil vom 19.07.2006 - [B 6 KA 14/05 R](#) -; zu Genehmigungen nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#): Senat, Urteil vom 11.02.2009 - [L 11 KA 97/08](#) -). Des Weiteren verlangt [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) die "Eignung" des fraglichen Krankenhauses und insoweit einen Qualitätsvergleich ("unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation") mit den Angeboten niedergelassener Fachärzte (Hess in KassKomm, SGB V, 2004, § 116b Rdn. 7; Pitschas in GesR 2010, 513, 515). Das wiederum setzt voraus, dass das Leistungsangebot der niedergelassenen Fachärzte ermittelt wird, was nicht geschehen ist. Flankierend hierzu wird die Bestimmungsbehörde bei der ggf. nachzuholenden Sachaufklärung die weitere Abwägungsparameter beachten, also den entscheidungserheblichen Sachverhalt mit Blick hierauf ermitteln müssen (vgl. auch Blöcher in SGB 2010, 627, 630).

Soweit erwogen wird, die Bestimmungsbehörde sei u.a. mangels personeller Ressourcen nicht der Lage, ein solches Ermittlungsprogramm abzuarbeiten, führt das nicht weiter. Das Recht ist nicht etwa dergestalt biegsam, dass es auf etwaige personelle, sächliche und/oder fachliche Defizite reagieren muss, indem die Anforderungen an die Sachaufklärung reduziert werden. Vielmehr gilt, dass Haushaltsgesetzgeber und die verantwortlichen Landesministerien die Bestimmungsbehörden in die Lage zu versetzen haben, die ihnen übertragene Aufgabe gesetzmäßig zu erfüllen (vgl. auch Verfassungsgericht Brandenburg, Beschluss vom 20.03.2003 - [VfGBbg 108/02](#) -).

(bb) Die Bestimmungsbehörde hat die durch Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs "unter Berücksichtigung der Versorgungssituation" ermittelten Grenzen nicht eingehalten. Das folgt schon daraus, dass sie - wie dargestellt - den Inhalt des Berücksichtigungsgebots inhaltlich unzureichend erfasst hat. Sie hat sich lediglich darauf bezogen, dass eine Bedarfsprüfung nicht stattfindet, indessen hat sie weitere Kriterien zur Konkretisierung des unbestimmten Rechtsbegriffs nicht herausgearbeitet. Infolgedessen hat sie den Inhalt des Begriffs "unter Berücksichtigung der Versorgungssituation" unzutreffend eingeengt (vgl. auch Jung in Jansen, a.a.O., § 54 Rdn. 34 betreffend Ermessen).

(cc) Die Bestimmungsbehörde hat ihre Erwägungen nicht so verdeutlicht und begründet, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (vgl. [§ 35 Abs. 1 SGB X](#)). Im Begründungsteil der Bestimmungsbescheide heißt es wortgleich:

Im Verfahren zur ambulanten Leistungserbringung ist das Einvernehmen mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten angestrebt worden ([§ 116 b Abs. 2 SGB V](#) i.V.m. § 15 Abs. 1 Krankenhausgestaltungsgesetz NRW - KHGG NRW). Die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein hat zu Ihrem Antrag mitgeteilt, dass die vertragsärztliche Versorgung ausreichend ist und es der Bestimmung Ihres Krankenhauses gem. [§ 116 b SGB V](#) nicht bedarf. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen Nordrhein haben im Verfahren eine ablehnende Beurteilung Ihres Antrages abgegeben. Schwerwiegende Gründe, die gegen eine Zulassung des Krankenhauses sprechen, wurden nicht vorgetragen. Eine einvernehmliche Beurteilung gem. [§ 116 b Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) konnte somit nicht erreicht werden.

Dem lässt sich nicht entnehmen, welche Gesichtspunkte die Bestimmungsbehörde bei der von ihr zu treffenden Abwägungsentscheidung berücksichtigt hat und von welchen Beurteilungsmaßstäben sie dabei ausgegangen ist. Aus der Begründung ist nur herzuleiten, dass die zu 2) beigeladene KV die Versorgung als ausreichend angesehen hat und sich auch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen ablehnend zum Bestimmungsantrag geäußert haben.

(dd) Die fehlerhafte Begründung macht den Bescheid (formell) rechtswidrig, aber nicht nichtig (vgl. auch Engelmann in von Wulffen, a.a.O., § 35 Rdn. 18 m.w.N.). Der Fehler kann geheilt werden. Ein inhaltlicher Begründungsmangel ist bei gebundenen Verwaltungsakten grundsätzlich entscheidungsunerheblich, weil das Gericht die getroffene Regel unter jedem rechtlich denkbaren Gesichtspunkt zu überprüfen hat (BSG, Urteil vom 29.06.2000 - [B 11 AL 85/99 R](#) - m.w.N.) und die fehlende Begründung ggf. noch im Gerichtsverfahren nachgeholt werden kann (vgl. [§ 41 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 SGB X](#) sowie [§ 42 SGB X](#)). Hiervon zu unterscheiden ist die Ergänzung einer unvollständigen Begründung. Bei Klageerhebung soll eine den Anforderungen des [§ 35 SGB X](#) entsprechende Begründung vorliegen, nicht jedoch muss eine erschöpfende, materiell-rechtlich richtige Begründung gegeben sein. Da die materiellen Rechtsfragen ohnehin vom Gericht von Amts wegen untersucht werden müssen, ist das Nachschieben von Gründen i.S. einer Ergänzung oder Änderung der von der Behörde gegebenen Begründung auch noch im Prozess möglich (BSG a.a.O.; vgl. auch Schütze in von Wulffen, a.a.O., § 41 Rdn. 12). Ein Nachschieben von Gründen liegt dabei vor, wenn die früheren Erwägungen auf Grund neuer oder anderer Tatsachen ergänzt oder ausgewechselt werden; es ist zulässig, soweit der Verwaltungsakt dadurch nicht in seinem Regelungsumfang oder seinem Wesensgehalt verändert oder die Rechtsverteidigung des Betroffenen in nicht zulässiger Weise beeinträchtigt oder erschwert wird (BSG, Urteile vom 16.12.2008 - [B 4 AS 48/07 R](#) -, 25.04.2002 - [B 11 AL 69/01 R](#) -, 18.09.1997 - [11 RAr 9/97](#) -). In diesem Zusammenhang ist zu klären, ob der den Beurteilungsspielraum betreffende Begründungsmangel den Rechtsfolgen eines Verstoßes gegen die erweiterte Begründungspflicht bei Ermessensentscheidungen unterworfen ist ([§ 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X](#)) oder ob vorgenannte Grundsätze zur Anwendung gelangen. Das ist umstritten (vgl. Engelmann, a.a.O., § 35 Rdn. 7 m.w.N.). Werden die Rechtsfolgen eines Beurteilungsmangels den für defizitäre Ermessensentscheidung geltenden Regelungen unterworfen, stellt sich die weitere Frage, ob und inwieweit bei Ermessensentscheidungen Verstöße gegen die Begründungspflicht noch im gerichtlichen Verfahren heilbar sind ([§ 41 Abs. 2 SGB X](#) i.V.m. [§ 114 Abs. 2 Satz 2 SGG](#) i.d.F. des 4. Euro-Einführungsgesetzes vom 21.12.2000 ([BGBl. I 1983](#))). Dem ist allerdings nicht weiter nachzugehen, denn [§ 35 Abs. 1 Satz 3 SGB X](#) ist auf unbestimmte Rechtsbegriffe, bei denen der Behörde ein Beurteilungsspielraum eingeräumt ist, nicht entsprechend anzuwenden (zutreffend Engelmann, a.a.O., § 35 Rdn. 7 m.w.N.). Die Voraussetzungen für eine Analogie sind nicht gegeben. Es fehlt an einer planwidrigen Lücke. Statt dessen ist im Hinblick auf die eingeschränkte Kontrolle behördlicher Entscheidungen, denen - wie hier - eine Beurteilungsermächtigung zu Grunde liegt, eine eingehende Begründung der Entscheidung zu fordern (Engelmann, a.a.O., § 35 Rdn. 7 m.w.N.). Hieraus folgt: Das den Beurteilungsspielraum betreffende Begründungsdefizit ist entweder als fehlende oder als unzureichende Begründung zu werten. Die Rechtsfolgen sind vorliegend identisch. Eine unzureichende Begründung kann mittels Nachschieben von Gründen noch bis zum Abschluss der letzten Tatsacheninstanz geheilt werden (vgl. BSG, Urteil vom 29.06.2000 - [B 11 AL 85/99 R](#) -; Jung in Jansen, a.a.O., § 54 Rdn. 37). Auch bei Entscheidungen mit Beurteilungsspielraum können grundsätzlich Erwägungen für die Beurteilung noch im Laufe des gerichtlichen Verfahrens nachgeschoben werden. Das Nachschieben setzt aber voraus, dass die nachgebrachten Gründe

schon beim Erlass des Bescheides vorgelegen haben, dieser durch sie nicht in seinem Wesen verändert und der Kläger nicht in seiner Rechtsverfolgung beeinträchtigt wird (BSG, Urteil vom 22.05.1984 - [6 RKA 16/83](#) -: Wirtschaftlichkeitsprüfung; vgl. auch Jung, a.a.O., § 54 Rdn. 37). Die fehlende Begründung ([§ 35 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#)) würde den angefochtenen Beschluss zwar nicht nichtig ([§ 40 SGB X](#)), jedoch formell fehlerhaft machen. Auch dieser Verfahrensfehler wäre nach [§ 41 Abs. 1 Nr. 2 SGB X](#) heilbar (vgl. auch Engemann, a.a.O., § 35 Rdn. 7).

Ausgehend hiervon ergibt sich:

Der Widerspruchsbescheid heilt den Abwägungsausfall nicht. Eine Abwägung hat die Widerspruchsbehörde hierin nicht vorgenommen. Die Begründung des Widerspruchsbescheides ist in vier Abschnitte gegliedert. Die Abschnitte I. und II. beziehen sich auf die Verfahrensgeschichte. In Abschnitt III. wird dargelegt, dass die Widersprüche mangels Drittanfechtungsbefugnis unzulässig sind. Abschnitt IV. betrifft die von der Bestimmungsbehörde verneinte Drittanfechtungsberechtigung. Ergänzend wird zwar ausgeführt (Anm.: Nummerierung durch Senat):

"(1) Soweit der Gesetzgeber selbst - wie vom Sozialgericht Dresden im Beschluss vom 29.09.2009 angenommen - in § 116b Absatz 2 Satz 1 mit der Formulierung "unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungsleistung" eine drittschützende Wirkung einräumt, so wurde dem im Bestimmungsverfahren Rechnung getragen. (2) Es wurde nämlich, wie unter I. dargestellt, in allen drei Verfahren das Einvernehmen mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten angestrebt; insbesondere wurde der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt. (3) Diese hat jeweils mitgeteilt, dass die vertragsärztliche Versorgung ausreichend sei und es der Bestimmung der Krankenhäuser gem. [§ 116 b SGB V](#) nicht bedürfe. (4) Wie auch das Sozialgericht Dresden in dem o.g. Beschluss festgestellt hat, kommt es aber bei der Bestimmung nach [§ 116b SGB V](#) eben nicht auf das Vorhandensein einer Versorgungslücke an. (5) Weitere Argumente seitens der Kassenärztlichen Vereinigung wurden nicht vorgetragen. (6) Dem Willen des Gesetzgebers nach einer Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungsleistung ist seitens der Behörde jedenfalls angemessen Rechnung getragen worden.

Die Herstellung des Einvernehmens mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten schreibt [§ 116b Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) zwar vor ("ist anzustreben"). Ausweislich des § 15 KHHG NRW ist die Beigeladene zu 2) indessen an der Krankenhausplanung nur mittelbar beteiligt, mithin ist mit ihr schwerlich ein Einvernehmen "angestrebt worden". Die Aktenlage belegt, dass das auch nicht der Fall war. Der zweite Halbsatz des Satzes 2 suggeriert mit der Wendung "insbesondere", dass zwischen Halbsatz 1 und Halbsatz 2 ein innerer Zusammenhang besteht. Das ist jedoch nicht der Fall. Die Beteiligung der Beigeladenen zu 1) folgt nicht dem Einvernehmensgebot ([§ 116b Abs. 2 Satz 3 SGB V](#)) sondern einem anderen Rechtsgrund, nämlich dem Berücksichtigungsgebot ([§ 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Der Hinweis des Halbsatzes 2 (Satz 2), der Beigeladenen zu 2) sei Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden, trifft zu. Die Stellungnahme der Beigeladenen zu 2) hat die Widerspruchsbehörde ausweislich des Widerspruchsbescheides jedenfalls zur Kenntnis genommen, was aus Satz 3 ("diese hat jeweils mitgeteilt ...") folgt. Dennoch hat sie sich nicht ansatzweise mit dem Vorbringen der Beigeladenen zu 2) auseinandergesetzt. Statt dessen hat sie lediglich den Sachverhalt referiert und darauf hingewiesen, dass es auf das Vorhandensein einer Versorgungslücke nicht ankomme. Diese Rechtsauffassung trifft zwar zu, indessen zeigt gerade diese Argumentation, dass die Widerspruchsbehörde sich die Begrifflichkeit "unter Berücksichtigung der Versorgungssituation" nicht hinreichend gewürdigt hat. Zwar hat die Beigeladene zu 2) im Wesentlichen darauf abgestellt, dass unter quantitativen Gesichtspunkten kein Bedarf besteht. Allerdings deutet deren Stellungnahme infolge des Hinweises auf die Prof. L infolge eines qualitativen Bedarfs erteilte Ermächtigung ("auf Überweisung durch Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Hämatologie und Internistische Onkologie sowie Teilnehmern an der Onkologievereinbarung") auch darauf hin, dass die Versorgung qualitativ gesichert ist. Im Ergebnis hat die Widerspruchsbehörde die Stellungnahmen der Beigeladenen zu 2) lediglich zur Kenntnis genommen und diese angesichts einer inhaltlich verkürzten Interpretation des Berücksichtigungsgebots als unerheblich gewertet.

Soweit bei Vornahmeklagen ein Nachschieben von Gründen im Hauptsacheverfahren dann unbeschränkt für möglich gehalten wird, wenn der Behörde bei Erlass des Verwaltungsakts Entscheidungsspielräume zustehen (vgl. BSG, Urteil vom 02.09.2009 - [B 6 KA 21/08 R](#) -; BSG, Beschluss vom 06.10.1994 - [GS 1/91](#) -, vgl. auch Senat, Beschluss vom 23.10.2010 - [L 11 KA 71/10 B ER](#) -), lässt der Senat offen, ob dies auch für die vorliegende Fallgestaltung (defensive Konkurrentenklage) gilt. Jedenfalls sind die Voraussetzungen nicht erfüllt.

Die Bestimmungsbescheide sind auch im Übrigen nicht zureichend begründet worden.

Denkbar wäre, dass die Anordnung der sofortigen Vollziehung eine solche Begründung enthält; dann würde sich allerdings die weitergehende Frage danach stellen, ob dieser Umstand die unzureichende Begründung des eigentlichen Bescheides aus Rechtsgründen zu heilen vermag. Das kann dahinstehen, denn auch die Anordnung der sofortigen Vollziehung ist unzulänglich begründet worden, wie noch darstellen sein wird.

Im Hauptsacheverfahren S 2 KA 258/10 hat die Bestimmungsbehörde in ihrer vormaligen Funktion als Antragsgegnerin bislang nicht zur Sache Stellung genommen. Im einstweiligen Rechtsschutzverfahren hat sie sich mit Schriftsätzen vom 03.08.2010 und 16.08.2010 geäußert. Diese Stellungnahmen sind nicht geeignet, den Abwägungsausfall zu kompensieren. Vornehmlich wird die Frage der Drittanfechtungsbefugnis und -berechtigung diskutiert. Ferner setzt sich die vormalige Antragsgegnerin mit der Behauptung der Antragstellerin auseinander, die zugelassenen Krankenhäuser seien nicht geeignet. Darum geht es hier indessen nicht. Im Übrigen hat sich die vormalige Antragsgegnerin auf die mit [§ 116b SGB V](#) verfolgten gesetzgeberischen Ziele bezogen. Deren Wiedergabe reicht naturgemäß nicht aus, um den situationsbezogenen Abwägungsausfall zu kompensieren. Schließlich hat sie dargelegt, aus welchen Gründen der Sofortvollzug von öffentlichen und Individualinteressen getragen wird. Auch dieser Gesichtspunkt ist angesichts völlig andersartiger rechtlicher Zielsetzung nicht geeignet, den Abwägungsausfall auszugleichen. Statt dessen wird mittels des Schriftsatzes vom 16.08.2010 deutlich, dass die vormalige Antragsgegnerin selbst davon ausgeht, keine Abwägung vorgenommen zu haben, wenn es heißt:

"Die rechtlichen Positionen scheinen nunmehr umfassend ausgetauscht. Die Gegenseite rügt wiederum das Fehlen eines Abwägungsprozesses, der nach dem Gesetz nicht vorgeschrieben ist."

Auch der Schriftsatz vom 30.12.2010 heilt den Abwägungsausfall nicht, denn die vormalige Antragsgegnerin verdichtet nicht die Begründung der Bestimmungsbescheide sondern tritt dem tatsächlichen Vorbringen der Antragstellerin in der Beschwerdebegründung

negierend entgegen. Weitere Darlegungen der vormaligen Antragsgegnerin nach dem 01.01.2011 sind mangels Postulationsfähigkeit rechtlich irrelevant; der nunmehrige Antragsgegner hat sich bislang nicht geäußert.

Ist sonach der Bestimmungsbescheid formell fehlerhaft und dieser Mangel weder im Widerspruchs- noch im Gerichtsverfahren geheilt, kann der Bescheid dennoch nicht aufgehoben werden, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung der Verfahrens- und/oder Formvorschrift die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat ([§ 42 Satz 1 SGB X](#)). Daran fehlt es schon deswegen, weil der Nachweis derzeit nicht zu führen ist, dass der unzureichend aufgeklärte Sachverhalt und der Abwägungsausfall die von einem Beurteilungsspielraum getragene Entscheidung der Antragsgegnerin offensichtlich nicht beeinflusst haben (hierzu auch Schütze, a.a.O., § 42 Rdn. 9).

Vorbehaltlich der Anfechtungsberechtigung der Antragstellerin ist demzufolge die angeordnete sofortige Vollziehung aufzuheben. Ein Anspruch auf sofortige Vollziehung eines rechtswidrigen Verwaltungsaktes existiert nicht.

(2) Die sofortige Vollziehung ist fehlerhaft angeordnet worden. Die Voraussetzungen des [§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) sind nicht dargetan. Danach erfordert die Anordnung der sofortigen Vollziehung, dass das hieran bestehende besondere Interesse schriftlich begründet wird.

(a) An die Begründung sind hohe Anforderungen zu stellen. Sie muss erkennen lassen, warum im konkreten Fall das öffentliche Interesse oder das Individualinteresse eines Beteiligten am Sofortvollzug überwiegt und warum dies dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit entspricht (Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, a.a.O., § 86a Rdn. 21b). Das den Sofortvollzug tragende öffentliche oder individuelle Interesse ("besonderes Interesse") muss mehr als das den Erlass des Verwaltungsaktes rechtfertigende Interesse sein, denn die gesetzlichen Voraussetzungen für den Erlass des Verwaltungsaktes reichen für die Begründung des Sofortvollzugs nicht aus (Senat, Beschluss vom 29.10.2010 - [L 11 KA 64/10 B ER](#) -; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 24.11.2004 - [L 10 B 14/04 KA](#) -). Etwas anders mag nur dann gelten, wenn das besondere Vollzugsinteresse schon aus der Eigenart der Regelung folgt (Senat, Beschluss vom 06.01.2004 - [L 11 B 17/03 KA ER](#) -). Der Senat hat im Beschluss vom 17.12.2005 - L 11 B 52/05 KA ER - ausgeführt (vgl. auch Senat, Beschluss vom 02.04.2009 - [L 11 KA 2/09 ER](#) - sowie LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 11.11.2003 - [L 10 B 15/03 KA ER](#) -):

Nach [§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) bedarf die Anordnung der sofortigen Vollziehung einer schriftlichen Begründung. Die Vollziehungsanordnung ist somit grundsätzlich mit einer auf den konkreten Einzelfall abgestellten und nicht lediglich formelhaften Begründung des öffentlichen Interesses an der sofortigen Vollziehung des Verwaltungsaktes zu versehen. Die Begründung muss erkennen lassen, aus welchen Gründen das öffentliche Interesse an der sofortigen Vollziehung im konkreten Fall das Interesse des Betroffenen überwiegt. An die Begründung sind im Hinblick auf die mit ihr verbundene Warnfunktion für die Behörde sowie die dadurch bezweckte Transparenz und Rechtsklarheit hohe Anforderungen zu stellen (Keller, a.a.O. Rdn. 21b m.w.N., OVG Brandenburg, Beschluss vom 25.01.2005 - [B 163/03](#) -).

Zwar beziehen sich die Darlegungen des Senats im Beschluss vom 17.12.2005 - L 11 B 52/05 KA ER - auf eine Zulassungsentziehung, sie beanspruchen vorliegend jedoch gleichermaßen Geltung, denn die Anforderungen an die sofortige Vollziehung sind nicht davon abhängig, ob Rechte - wie hier - eingeräumt oder aber entzogen werden, zumal jeweils Dritte betroffen sind (Senat, Beschluss vom 29.10.2010 - [L 11 KA 64/10 B ER](#) -).

Nach diesen Maßstäben hat die Bestimmungsbehörde die Anordnung der sofortigen Vollziehung nicht ausreichend begründet.

Allein eine unterstellte Rechtmäßigkeit der Bestimmungsbescheide rechtfertigt schon deswegen nicht den Sofortvollzug, weil hiervon nur die Bescheide als solche getragen werden, indessen das für den Sofortvollzug gebotene "Mehr" nicht dargetan ist (Anordnungsbescheid Seite 6 Absatz 4). Die rechtliche Ableitung der aus Sicht der Bestimmungsbehörde fehlenden Drittanfechtungsbefugnis (Anordnungsbescheid Seite 3 bis 6) trägt die sofortige Vollziehung nicht, weil diese Argumentationsebene in keinem Zusammenhang mit dem nach [§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) notwendigen und darzulegenden "besonderen Interesse" steht. M.a.W.: Eine fehlende Drittanfechtungsbefugnis ist nicht geeignet, das durch [§ 86a Abs. 1 SGG](#) postulierte Regel-Ausnahmeverhältnis zu durchbrechen. Die Interessenabwägung (Anordnungsbescheid Seite 7 und 8) führt nicht weiter. Zwar mag es sein, dass die Beigeladene zu 1) bereits umfangreiche organisatorische, finanzielle und personelle Aufwendungen erbracht und bis zur Anfechtung der Bestimmungsbescheide einen Patientenkreis von ca. 32 pro Woche etabliert hat. Dieser Gesichtspunkt ist indes nicht geeignet, die sofortige Vollziehung zu rechtfertigen. Zutreffend hat das SG darauf hingewiesen, dass eigenverantwortliche Dispositionen regelmäßig dann nicht schützenswert sind, wenn sie im Hinblick auf ungesicherte künftige Rechtspositionen vorgenommen werden. So hat der Senat durchgängig Anträge von Vertragsärzten auf Erlass einstweiliger Anordnungen zur Erteilung von Abrechnungsgenehmigungen und Standortgenehmigungen für medizinisch-technische Großgeräte ([§§ 85 Abs. 2 a](#), [122 SGB V](#) i.d.F. bis 30.06.1997) zurückgewiesen, weil ein Anordnungsgrund dann nicht bestehe, wenn die behaupteten "schweren und nicht anders abwendbaren Nachteile" erst als Folge eigenverantwortlicher Dispositionen der betroffenen Bürger eintreten, die der Auffassung seien, ihre Beurteilung der Anspruchs- und Rechtslage werde sich trotz entgegenstehender gesetzlicher und vertraglicher Regelungen im Ergebnis durchsetzen. Das darin zum Ausdruck kommende Vertrauen auf eine nicht gesicherte (künftige) Rechtsposition sei nicht geschützt (z.B. Senat, Beschlüsse vom 30.05.1996 - L 11 SKa 34/96 - und vom 26.06.1996 - L 11 SKa 49/96 -). Hieran hat der Senat seither festgehalten; eigenautonome Entscheidungen fallen grundsätzlich in die alleinige Verantwortungssphäre des jeweiligen Antragstellers (vgl. Beschlüsse vom 15.06.2009 - [L 11 B 2/09 KA ER](#) -; vgl. auch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 19.03.2007 - L 10 KA 3/07 KA ER -). Dieser rechtliche Ansatz ist entgegen der Auffassung des SG auf vorliegendem Fall zu übertragen. Zutreffend ist zwar, dass die Beigeladene zu 1) kein Vertrauen in eine ihrer Disposition entgegenstehende gesetzliche Regelung setzt, gleichwohl sind ihre eigenverantwortlich getätigten Investitionen auch vorliegend nicht geschützt. So kann entgegen der Auffassung des SG nicht davon ausgegangen werden, dass die Beigeladene zu 1) sich mit [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) auf eine "klare gesetzliche Bestimmung" stützen kann. Das Gegenteil ist der Fall, was das SG selbst angenommen hat, indem es den Streitstand zur rechtlichen Frage, wie die Formulierung "unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation" zu interpretieren ist, zwar dargestellt, die Beantwortung indessen dem Hauptsacheverfahren zugewiesen hat ("Eine tiefere dogmatische Durchdringung dieser Rechtsfrage muss dem Hauptsacheverfahren vorbehalten bleiben"). Zudem sind die Tatbestandsvoraussetzungen der Norm mit Blick auf die Eignung der beiden Krankenhäuser entgegen der Annahme des SG gerade nicht unstrittig. Dem durch [§ 86a Abs. 1 SGG](#) vorgegebenen Regel-Ausnahmeverhältnis ist es überdies wesensfremd, wenn eigenverantwortlich die Voraussetzungen für die Ausnahme geschaffen werden und auf dieser Grundlage die sofortige Vollziehung angeordnet wird. Damit ließe sich das Regel-Ausnahmeverhältnis letztlich unterlaufen. Auch soweit in den Krankenhäusern der Beigeladenen zu 1) auf der Grundlage der Bestimmungsbescheide bereits 32 Patienten wöchentlich behandelt werden, rechtfertigt dies als solches nicht den Sofortvollzug unter dem Blickwinkel des öffentlichen Interesses. Dann hätte im Anordnungsbescheid

zumindest dargelegt werden müssen, dass die vertragsärztlich-onkologische Versorgung defizitär ist, mithin eine anderweitige Behandlung nicht möglich gewesen wäre. Das ist nicht geschehen.

Dem Senat ist es verwehrt, eine unzureichende Begründung der Bescheide nachzubessern. Das folgt schon daraus, dass auch die Antragsgegnerin gehindert ist, eine fehlende Begründung nachzuholen (Senat, Beschluss vom 06.01.2004 - [L 11 B 17/03 KA](#) -; Düring in Jansen, SGG, 3. Auflage, 2009, § 86a Rdn. 14) oder eine unzureichende Begründung auszuwechseln, denn gegen eine solche Möglichkeit sprechen die mit [§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) bezweckte Warnfunktion (LSG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 03.08.2006 - [L 4 B 269/06 KA ER](#) -) und das Klarstellungsinteresse der Verfahrensbeteiligten (Senat, Beschluss vom 03.05.2010 - [L 11 B 23/09 KA ER](#) -; Keller, a.a.O., § 86a Rdn. 21c; vgl. auch Düring in Jansen, a.a.O., § 86a Rdn. 14;). Demzufolge ist die Anordnung der sofortigen Vollziehung - wiederum vorbehaltlich der Anfechtungsberechtigung - auch aus diesem Grunde aufzuheben und die aufschiebende Wirkung der Klage herzustellen.

(3) Die Antragstellerin kann sich auf diese Mängel berufen. Sie ist anfechtungsberechtigt.

(a) Die Frage, ob niedergelassene Vertragsärzte einen Bestimmungsbescheid anfechten können, ist höchst umstritten und wird in Rechtsprechung und Schrifttum unterschiedlich beantwortet. Während im Schrifttum eine Reihe von Autoren eine Anfechtungsberechtigung negieren (z.B. Becker in Becker/Kingreen, a.a.O., § 116b Rdn. 8; Quaa in f&w 2010, 412 ff., ders. in GesR 2010, 455 ff.; Steinhilper in MedR 2008, 502 ff.; Wenner in GesR 2007, 337 ff.; ders. in GesR 2009, 505, 509 nunmehr zurückhaltender "wohl nicht befugt"; Möller in SGB 2009, 345 ff.; Wagener/Weddehage in MedR 2007, 643, 648; Stollmann in NZS 2009, 248 ff.), vertreten andere die gegenteilige Position (Blöcher in SGB 2010, 627, 629; Meschke in jurisPR-MedizinR 2/2009 Anm. 5; Pitschas in GesR 2010, 513 ff.; Müller in KHR 2010, 73 ff.; Blöcher in SGB 2010, 627 ff.; Häser in klinikarzt 2010, 326 f.; Henke in Peters, a.a.O., § 116b Rdn. 3a; Barth in MedR 2010, 209 ff.). Demgegenüber wird in der Rechtsprechung überwiegend eine Anfechtungsberechtigung bejaht (Senat, Beschluss vom 09.02.2011 - [L 11 KA 91/10 B ER](#) -; SG Hannover, Beschluss vom 04.02.2009 - [S 16 KA 654/08 ER](#) -, nachfolgend LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 25.05.2009 - [L 4 KR 116/09 B ER](#) -; SG Hannover, Beschluss vom 24.08.2010 - [S 61 KA 358/10](#) -, nachfolgend LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 01.11.2011 - [L 4 KR 468/10 B ER](#) -; SG Duisburg, Beschluss vom 19.08.2010 - [S 19 KA 14/10 ER](#) -, Beschwerdeverfahren vor dem Senat zum Az. [L 11 KA 109/10 B ER](#) anhängig; SG Dresden, Beschluss vom 18.05.2010 - [S 18 KA 10/10 ER](#) -; SG Dresden, Beschluss vom 29.09.2009 - [S 11 KA 114/09 ER](#) -, nachfolgend LSG Sachsen, Beschluss vom 03.06.2010 - [L 1 KR 94/10 B ER](#) -; SG Dresden, Urteil vom 27.10.2010 - [S 18 KR 312/10](#) -, Revision anhängig zum Az. [B 1 KR 1/11 R](#)). Das BVerfG hat diese Frage in seinem Beschluss vom 31.07.2008 - [1 BvR 840/08](#) -, mit dem Verfassungsbeschwerden von Vertragsärzten unmittelbar gegen [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) wegen fehlender unmittelbarer grundrechtlicher Betroffenheit als unzulässig behandelt worden sind, ausdrücklich offengelassen und hierzu ausgeführt:

"Den Fachgerichten obliegt indes die Klärung, ob und in welchem Ausmaß ein Beschwerdeführer durch die beanstandete Regelung oder Maßnahme in seinen Rechten betroffen ist und ob die Regelung mit der Verfassung vereinbar ist."

(b) Unter welchen Voraussetzungen Vertragsärzte berechtigt sind, zugunsten anderer Ärzte ergangene Entscheidungen anzufechten (defensive Konkurrentenklage), hat das BSG in seinem Urteil vom 07.02.2007 - [B 6 KA 8/06 R](#) - im Anschluss an die Entscheidung des BVerfG vom 17.08.2004 - [1 BvR 378/00](#) - im Einzelnen dargestellt (vgl. auch BSG, Urteile vom 28.10.2009 - [B 6 KA 42/08 R](#) - und 17.10.2007 - [B 6 KA 42/06 R](#) -). Danach besteht eine Anfechtungsberechtigung eines Vertragsarztes nur dann, wenn

(aa) der Kläger und der Konkurrent im selben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen anbieten (faktisches Konkurrenzverhältnis) und

(bb) dem Konkurrenten die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eröffnet oder erweitert und nicht nur ein weiterer Leistungsbereich genehmigt wird, sowie

(cc) der dem Konkurrenten eingeräumte Status gegenüber demjenigen des Anfechtenden nachrangig ist. Letzteres ist der Fall, wenn die Einräumung des Status an den Konkurrenten vom Vorliegen eines Versorgungsbedarfs abhängt, der von den bereits zugelassenen Ärzten nicht abgedeckt wird.

(aa) Von den genannten Voraussetzungen erfüllt ist diejenige, dass die Antragstellerin und die mit ihr konkurrierende Beigeladene zu 1) im selben räumlichen Bereich Leistungen anbieten. Mit Blick auf das faktische Konkurrenzverhältnis bedarf es ferner der Überprüfung und Feststellung, ob und inwieweit es in den Leistungsspektren und Einzugsbereichen vom anfechtenden Arzt und begünstigtem Krankenhaus ins Gewicht fallende Überschneidungen gibt (vgl. BSG, Urteil vom 17.06.2009 - [B 6 KA 38/08 R](#) -). Soweit sich ergibt, dass das zugelassene Krankenhaus (mutmaßlich) auch Patienten aus dem Einzugsbereich der Antragstellerin versorgt, sich beide Einzugsbereiche also überschneiden, ist in einem zweiten Schritt die Zahl der (mutmaßlichen) Behandlungsfälle des Krankenhauses mit Herkunft aus dem Einzugsbereich der Vertragsarztpraxis ins Verhältnis zu setzen zur Gesamtzahl der Behandlungsfälle dieser Vertragsarztpraxis. Von einem realen Konkurrenzverhältnis in einem für den Wettbewerb wesentlichen Umfang wird nur auszugehen sein, wenn feststeht, dass die durchschnittliche Zahl der vom zugelassenen Krankenhaus (mutmaßlich) mit den gleichen Leistungen behandelten Patienten aus dem Einzugsbereich der Vertragsarztpraxis 5 % der durchschnittlichen Gesamtfallzahl dieser Praxis (ggf. Gemeinschaftspraxis) überschreitet. Dabei haben Behandlungsfälle, in denen das zugelassene Krankenhaus Leistungen erbringt, die der niedergelassene Vertragsarzt nicht anbietet oder - etwa wegen unzureichender Geräteausstattung oder Qualifikation - nicht erbringen darf, außer Betracht zu bleiben (vgl. BSG, Urteil vom 17.10.2007 - [B 6 KA 42/06 R](#) - betreffend Drittanfechtung einer Ermächtigung).

Das Vorbringen der Antragstellerin genügt diesen Anforderungen. Sie hat glaubhaft gemacht, dass die in den Bestimmungsbescheiden benannten Leistungen denen entsprechen, die sie als onkologische Schwerpunktpraxis anbietet. Soweit die Antragstellerin darüber hinaus versucht, eine unmittelbare und derzeitige wirtschaftliche Betroffenheit darzustellen, deuten die von ihr mitgeteilten Daten daraufhin, dass die Zahl der von ihr mit den fraglichen Leistungen behandelten Patienten in einem relevanten Volumen zurückgegangen ist, was von der zu 2) beigeladene KV bestätigt wird. Losgelöst hiervon ist glaubhaft gemacht, dass die durchschnittliche Zahl der von den zugelassenen Krankenhäusern mit den gleichen Leistungen behandelten Patienten aus deren Einzugsbereich 5 % der durchschnittlichen Gesamtfallzahl der Antragstellerin überschreitet. Weitere Sachaufklärung ist nötigenfalls im Hauptsacheverfahren durchzuführen.

(bb) Ob den konkurrierenden Krankenhäusern die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eröffnet oder erweitert wird und nicht nur ein weiterer Leistungsbereich genehmigt wird, erscheint aus Rechtsgründen als fraglich. Der 3. Senat des BSG hält die ambulante

Behandlung im Krankenhaus nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) für eine neue Versorgungsform, deren maßgebliche Voraussetzungen sich nach der regionalen Krankenhausplanung und damit ausschließlich nach Landesrecht richten (Urteil vom 12.08.2009 - [B 3 KR 10/07 R](#) -). Das trifft - wie dargelegt - nicht zu (so auch LSG Sachsen, Beschluss vom 03.06.2010 - [L 1 KR 94/10 B ER](#) -). Soweit der 6. Senat des BSG demgegenüber meint, in der Sache gehe es um den Zugang zur "ambulanten (vertragsärztlichen) Versorgung" (Urteil vom 06.05.2009 - [B 6 A 1/08 R](#) -), spricht dafür jedenfalls, dass weder aus dem Wortlaut des [§ 116b SGB V](#) noch der Gesetzesbegründung etwas für die Annahme hergeleitet werden kann, dass der Gesetzgeber neben die (ambulante) vertragsärztliche Versorgung eine weitere, hiervon getrennte, den ambulanten Bereich abdeckende Versorgungsstruktur setzen wollte. Der Gesetzesbegründung ist zu entnehmen, dass die ambulante Versorgung sich weiterhin auf freiberuflich tätige Haus- und Fachärzte stützt sowie in besonderen Fällen auf die Behandlung am Krankenhaus ([BT-Drs. 16/3100, S. 88](#)) und eben nicht auf eine Krankenhausbehandlung i.S.d. [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Für die Auffassung, Leistungen nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) seien dem System der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen, sprechen überdies die Vergütungsregelungen des [§ 116b Abs. 5 SGB V](#) und der in [§ 116 Abs. 4 Satz 2 SGB](#) für den dortigen Regelungskomplex definierte Vergleichsmaßstab "in der Vertragsarztpraxis". Hinzu kommt, dass die ambulante Behandlung nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) die Verordnung von Leistungen nach [§ 73 Abs. 2 Nr. 5 bis 8](#) und 12 SGB V einschließt, also unmittelbar auf den vom Gesetzgeber bestimmten Umfang der von insoweit von Vertragsärzten zu erbringenden vertragsärztlichen Versorgung Bezug nimmt ([§ 116b Abs. 6 SGB V](#)). Ausgehend hiervon wäre die Voraussetzung zu (bb) erfüllt, denn dem Krankenhaus wird der Zugang zur vertragsärztlichen Versorgung eröffnet (offengelassen von Düring, Festschrift für Schnapp, 2008, Organisation und Verfahren im sozialen Rechtsstaat, Konkurrentenschutz im Vertragsarztrecht, S. 389 ff, 397: Parallelmarkt für bestimmte ambulante Leistungen, der in Teilbereichen andere Kautelen als denen des Vertragsarztrechts unterliegt).

(cc) Auch diese Voraussetzung ist erfüllt, sofern der Bestimmungsakt der Sache nach eine "Ermächtigung" darstellt (so Henke in Peters, a.a.O., [§ 116b Rdn. 3](#); Pitschas in GesR 2010, 513, 515). Dann wäre die vom BSG (a.a.O.) geforderte Hierarchie der Teilnahmeformen in der konkreten Konkurrenzsituation gegeben. Das ergibt sich auch wie folgt: Die Vorschrift des [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) weist ein (relatives) Vorrang-Nachrang-Verhältnis aus, wenngleich nicht in der Ausprägung, die den Konkurrenzsituationen der herkömmlichen Teilnahmeformen eigen ist (z.B. Zulassung zu Ermächtigung). Das Konkurrenzverhältnis besteht zwar auf der identischen Ebene der "Zulassungshierarchie", dennoch hat der Gesetzgeber den vertragsärztlichen Leistungserbringern mittels des Berücksichtigungsgebots einen "Vorsprung" eingeräumt. Die dem Bestimmungsbescheid innewohnende Befugnis des Krankenhauses, hochspezialisierte Leistungen im Rahmen der ambulanten Versorgung erbringen zu dürfen, beruht u.a. auf dem gesetzgeberischen Anliegen, den Wettbewerb unter den Leistungserbringern zu forcieren ([BT-Drs. 16/3100, 88](#)). Dem soll die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen zur Behandlung seltener Erkrankungen und von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach [§ 116b SGB V](#) dienen ([BT-Drs. 16/3100, 88, 89](#)). [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) begründet indes nur einen limitierten Wettbewerb zwischen den verschiedenen Versorgungsformen des ambulanten und stationären Sektors. Für dessen Einrichtung, Ausdehnung oder Rückführung bleibt die vertragsärztliche Versorgungssituation zu "berücksichtigen". Dem ist der Wille des Gesetzgebers zu entnehmen, nicht schlechthin durch [§ 116b SGB V](#) die Versorgungssektoren zu verschmelzen, sondern nur ausgewählten Krankenhäusern unter Beachtung der Berufsausübung ebenfalls spezialisierter niedergelassener Ärzte eine Art "Ermächtigung" (hierzu auch Henke, a.a.O., [§ 116b Rand. 3](#)) zur ambulanten Behandlung der im Katalog des [§ 116b Abs. 3 SGB V](#) aufgeführten oder auch später fortgeschriebenen Leistungen bzw. Erkrankungen zu erteilen. Von einer grundsätzlichen Zweiteilung der ambulanten Versorgung in eine solche durch niedergelassene Ärzte sowie durch Krankenhäuser ist nicht die Rede. Deshalb besteht keine völlige Gleichrangigkeit dieser ambulanten Krankenhausversorgung mit den vertragsärztlichen ambulanten Leistungen. Auch die Herbeiführung eines ruinösen Wettbewerbs zu Lasten der Vertragsärzte hat der Gesetzgeber mit der - begrenzten - Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Versorgung gemäß [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) weder beabsichtigt noch in Kauf genommen (hierzu [BT-Drs. 16/3100, 87](#)). Mit dem GKV-WSG hat der Gesetzgeber unter anderem eine Intensivierung des Wettbewerbs innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung angestrebt, um Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung deutlich zu verbessern. Demzufolge dokumentiert [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) durch das Berücksichtigungsgebot und die Beschränkung der Öffnung von Krankenhäusern auf die "Katalogbehandlung" tendenziell einen Vorrang der vorbefindlichen ambulanten Versorgung. Dies rechtfertigt den Anspruch der niedergelassenen und ambulant tätigen Vertragsärzte auf Rechts- bzw. Drittschutz (Pitschas in GesR 2010, 513, 515; so im Ergebnis auch LSG Sachsen, Beschluss vom 03.06.2010 - [L 1 KR 94/10 B ER](#) -).

Im Übrigen stellt [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) hinsichtlich des Berücksichtigungsgebots nicht allein auf die Versorgung der Versicherten ab, sondern erwähnt - umfassend - die vertragsärztliche Versorgungssituation als solche (vgl. auch [§ 72 Abs. 1 SGB V](#)), hat mithin sowohl die Versicherten als auch die Vertragsärzte im Blick (vgl. auch Blöcher in SGB 2010, 627, 629). Infolgedessen geht es nicht allein um die Versorgung der Versicherten mit ambulanten Leistungen ([§ 73 Abs. 3 SGB V](#)), sondern auch um die Situation der vertragsärztlichen Leistungserbringer, also um das Individualinteresse derjenigen Vertragsärzte, die im selben Versorgungsbereich wie das antragstellende Krankenhaus die Katalogleistungen des [§ 116b Abs. 3](#) bzw. Abs. 4 SGB V anbieten und erbringen. Da das Berücksichtigungsgebot sich auf die vertragsärztliche Versorgungssituation hinsichtlich der jeweiligen, vom Krankenhaus beantragten Katalogleistung bezieht, ist mittels der definierten Leistung auch der geschützte Personenkreis hinreichend individualisiert und damit von der Allgemeinheit abgegrenzt. Ein so verstandenes Gebot zur Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation ist im Ergebnis zwar in seiner drittschützenden Funktion schwächer als der in einer Bedarfsabhängigkeit zum Ausdruck kommende Vorrang der niedergelassenen Ärzte, wie er idealtypisch in [§ 116 SGB V](#) zum Ausdruck gebracht worden ist. Die "Durchsetzungskraft" des Drittschutzes einer Norm ändert aber nichts an deren grundsätzlich drittschützendem Charakter (zutreffend SG Hannover, Beschluss vom 24.08.2010 - [S 61 KA 358/10 ER](#) -). Soweit in den Materialien zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeführt wird, eine Bedarfsprüfung finde nicht statt ([BT-Drs. 16/3100, Seite 139](#)), ändert dies am bisherigen Befund nichts. Aus dieser Formulierung lässt sich schon nicht herleiten, dass der Gesetzgeber einen Drittschutz ausschließen wollte. Dies wäre aus Gründen der Normenklarheit und Rechtssicherheit nur im Gesetz selbst möglich gewesen. Wie Eingangs dargelegt, kommt es nicht darauf an, was der Gesetzgeber regeln wollte oder meint, geregelt zu haben, sondern auf den durch das Gericht im Wege der Auslegung zu ermittelnden Inhalt des Gesetzes selbst, den "objektivierten Willen des Gesetzgebers", in dessen Bestimmung die Motive des Gesetzgebers allenfalls sekundär einfließen können (Zippelius, a.a.O., S. 21 ff., 49 ff.; vgl. auch BFH, Urteil vom 23.09.1999 - [IV R 56/98](#) - und BSG, Urteil vom 20.02.1964 - [8 RV 649/62](#) -; Senat, Beschluss vom 17.06.2009 - [L 11 B 6/09 KA ER](#) -). Zudem gilt, dass Drittschutz zugunsten niedergelassener Ärzte nicht an eine Bedarfsprüfung anknüpft, vielmehr hiervon losgelöst greift. Im Übrigen sprechen auch die Materialien von einer "Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung" ([BT-Drs. 16/3100, S. 139](#)). Sprachlich setzt "Ergänzung" den Erhalt des Bestehenden und damit Berücksichtigung i.S.v. Rücksichtnahme voraus (SG Hannover, Beschluss vom 24.08.2010 - [S 61 KA 358/10](#) - ER).

Im Hinblick auf die Konkretisierung des unbestimmten Rechtsbegriffs "unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgung" und des

hieraus folgenden Drittschutzes ist ferner das in [§§ 72, 75 SGB V](#) zum Ausdruck kommende Leitbild der Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte bedeutsam. Der Vertragsarzt ist die zentrale Figur der Leistungsgewährung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Wigge in Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Auflage, 2006, § 2 Rdn. 38 m.w.N. auf BSG, Urteil vom 17.01.1996 - [3 RK 26/94](#) -). Hierzu heißt es in der Begründung zum GKV-WSG unmissverständlich ([BT-Drs. 16/3100](#), 87):

"Stärker als bisher wird sich die medizinische Versorgung künftig am Bedarf und an den Interessen der Versicherten orientieren und darauf ausgerichtet sein, heute noch bestehende Schnittstellenprobleme zu beseitigen. Die ambulante Versorgung stützt sich weiterhin auf freiberuflich tätige Haus- und Fachärzte sowie in besonderen Fällen (Anm.: Unterstreichungen durch Senat) auf die Behandlung im Krankenhaus. Im Interesse einer kontinuierlichen Behandlung der Versicherten werden die Zusammenarbeit der verschiedenen Arztgruppen und die Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationärem Sektor verbessert, die Übergänge erleichtert und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert".

Die Erbringung ambulanter Leistungen durch Dritte bleibt sonach eine Ausnahme und ist weiterhin nur in den gesetzlich geregelten Fällen zulässig (zur Krankenhausbehandlung vgl. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Ausgehend hiervon ist zu erwarten, dass je stärker die Ausnahme von der Regel sein soll, umso deutlicher die Ausnahme formuliert wird. Hätte mithin der Gesetzgeber eine völlige Entkopplung der ambulanten Leistungserbringung durch Krankenhäuser von der vertragsärztlichen Versorgungssituation gewollt, hätte er jeglichen Bezug zur vertragsärztlichen Versorgung vermeiden müssen. Das Gegenteil ist - wie aufgezeigt - ausweislich der Gesetzesbegründung und des Wortlautes des [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) der Fall.

Aus alledem hat der Senat die rechtliche Überzeugung gewonnen, dass [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) eine drittschützende Funktion hat.

(c) Vorliegend nimmt der Senat nicht nur einfachrechtlich sondern auch kraft Verfassungsrechts eine Drittanfechtungsberechtigung an. Die sich partiell von den Vorgaben des BVerfG im Beschluss vom 17.08.2004 - [1 BvR 378/00](#) - lösende Rechtsprechung des BSG zum Drittschutz konkurrierender Vertragsärzte (hierzu auch Düring, Festschrift für Schnapp, 2008, Organisation und Verfahren im sozialen Rechtsstaat, Konkurrentenschutz im Vertragsarztrecht, S. 389 ff.) steht dem nicht entgegen, denn sie kann nicht abschließend sein. Der Drittschutz scheitert nicht an etwaigen "Vorrang"-Debatten (zutreffend Pitschas in GesR 2010, 513, 518; vgl. auch Meschke in jurisPR-MedizinR 2/2009 Anm. 5; ders. in Bäune/Meschke/Rothfuß, Zulassungsverordnung für Ärzte, 2008, § 16b Rdn. 40 f.; Barth in MedR 2010, 209 f.). Eine solche Rechtsprechung wird vielerlei Fallgestaltungen nicht gerecht (so im Ergebnis auch LSG Sachsen, Beschluss vom 03.06.2010 - [L 1 KR 94/10 B ER](#) -; SG Dresden, Urteil vom 27.10.2010 - [S 18 KR 312/10](#) -; SG Hannover, Beschluss vom 24.08.2010 - S 61 KA 351/10 ER -). Schon die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen eine nach der Rechtsprechung des BSG an sich ausgeschlossene Anfechtungsberechtigung unter Willkür Gesichtspunkten ausnahmsweise doch gegeben ist (hierzu BSG, Urteil vom 07.02.2007 - [B 6 KA 8/06 R](#) -; betreffend Zweigpraxisgenehmigung offengelassen von BSG, Urteil vom 28.10.2009 - [B 6 KA 42/08 R](#) -), bedarf der rechtlichen Klärung (hierzu Senat, Beschlüsse vom 23.10.2010 - L 11 B 71/10 KA ER -, 17.05.2010 - [L 11 B 14/09 KA ER](#) -); außerdem wird eine Anfechtungsberechtigung in weiteren Sondersituationen anerkannt (vgl. LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 09.12.2009 - [L 5 KA 2164/08](#) - zur Drittanfechtung einer Dialyse Zweigpraxisgenehmigung). Aus dem Fehlen eines Vorrang-Nachrang-Verhältnisses kann mithin entgegen einer gelegentlich im Schrifttum geäußerten Auffassung (z.B. Quaas in f&w 2010, 412, 416) nicht hergeleitet werden, dass kein Drittschutz vermittelt wird (zutreffend SG Hannover, Beschluss vom 24.08.2010 - [S 61 KA 358/10 ER](#) -).

Die Grundrechtsbetroffenheit der vertragsärztlichen Leistungserbringer vermittelt Rechtsschutz. Die Teilnahme der Antragstellerin an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung steht unter dem verfassungsrechtlich garantierten Schutz der Berufsfreiheit nach [Art. 12 Abs. 1 GG](#). Die Berufsfreiheit gewährleistet dem Einzelnen die Freiheit der Berufsausübung als Grundlage seiner persönlichen und wirtschaftlichen Lebensführung. Sie konkretisiert das Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit im Bereich der individuellen Leistung und Existenzhaltung. Das Grundrecht schützt nicht nur die Freiheit der Berufswahl, sondern auch die freie Berufsausübung gegenüber Eingriffen der staatlichen Gewalt. Im Rahmen der bestehenden freiheitlichen Wirtschaftsverfassung erfasst der Schutzbereich der Berufsausübungsfreiheit als Teil der Unternehmer- bzw. Gewerbefreiheit auch das Recht zur Teilnahme am Wettbewerb. Eingriffe in die durch [Art. 12 Abs. 1 GG](#) geschützte Berufsfreiheit sind nur zulässig, wenn sie durch hinreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt sind und der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gewahrt ist (vgl. BVerfG, Beschluss vom 08.12.2010 - [1 BvR 1287/08](#) -). Allerdings gewährt das Grundrecht keinen Schutz vor wirtschaftlicher Konkurrenz, wie sie jedem Wettbewerb immanent ist (Senat, Urteil vom 27.10.2010 - [L 11 \(10\) KA 14/07](#) -, Beschlüsse vom 28.12.2010 - [L 11 KA 60/10 B ER](#) - und 23.12.2010 - [L 11 KA 54/10 B ER](#) -). Demgemäß haben Marktteilnehmer regelmäßig keinen Anspruch darauf, dass die Wettbewerbsbedingungen für sie gleich bleiben (BVerfG, Beschlüsse vom 04.02.2010 - [1 BvR 2514/09](#) - und 13.06.2006 - [1 BvR 1160/03](#) -), insbesondere nicht darauf, dass Konkurrenten vom Markt fernbleiben (Senat, Beschlüsse vom 28.12.2010 - [L 11 KA 60/10 B ER](#) - und 23.12.2010 - [L 11 KA 54/10 B ER](#) -). Das Hinzutreten von Mitwettbewerbern ist deshalb ungeachtet der damit verbundenen wirtschaftlichen Risiken für die bereits am Markt präsenten Wettbewerbsteilnehmer hinzunehmen. Die Vertragsärzte haben aufgrund ihres Zulassungsstatus auch keinen Rechtsanspruch auf die Sicherung einer wirtschaftlich ungefährdeten Tätigkeit. Ihre Wettbewerbsposition und ihre Erträge unterliegen grundsätzlich dem Risiko laufender Veränderung je nach den Marktverhältnissen. Die Schmälerung der Verdienstmöglichkeiten niedergelassener Vertragsärzte aus der budgetierten Gesamtvergütung infolge des Hinzutretens von Konkurrenten reicht mithin allein nicht aus, um dem Vertragsarzt einen Abwehranspruch gegen die Ermächtigung von Krankenhausärzten oder die Zulassung weiterer niedergelassener Vertragsärzte zu vermitteln (BSG, Urteil vom 07.02.2007 - [B 6 KA 8/06 R](#) -). Gleichwohl kann eine Wettbewerbsveränderung durch Einzelakt, die bei einem regulierten Marktzugang erhebliche Konkurrenz Nachteile zur Folge hat, das Grundrecht der Berufsfreiheit beeinträchtigen, wenn sie im Zusammenhang mit staatlicher Planung und der Verteilung staatlicher Mittel steht (BVerfG, Beschlüsse vom 17.08.2004 - [1 BvR 378/00](#) - und 12.06.1990 - [1 BvR 355/86](#) -; vgl. auch Düring, Festschrift für Schnapp, 2008, Organisation und Verfahren im sozialen Rechtsstaat, Konkurrentenschutz im Vertragsarztrecht, S. 389 ff, 398). Dem kann zwar entgegengehalten werden, der vom Bundesverfassungsgericht in den Vordergrund gerückte "Zusammenhang mit staatlicher Planung und Verteilung der staatlichen Mittel" stelle mangels eines spezifischen Bezugs zum Schutzzut des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) weder ein plausibles noch für Auslegung und Anwendung des Gesetzes praktisch handhabbares Kriterium für die Abgrenzung zwischen bloßen Rechtsreflexen und wehrfähigen Rechtspositionen dar (so ansatzweise BSG a.a.O.). Diesem Ansatz mag zwar grundsätzlich zugestimmt werden können, indes gilt das nicht für [§ 116b Abs. 2 SGB V](#).

Mittels dieser Norm werden Vertragsärzte zu Adressaten staatlicher Kontingentierungs- und Verteilungsentscheidungen (vgl. auch BVerfG, Beschluss vom 23.04.2009 - [1 BvR 3405/08](#) -). Die Regelung beeinträchtigt nicht allein die durch [Art. 12 Abs. 1](#) und 14 Abs. 1 GG geschützte Berufs-, Eigentums- sowie Wettbewerbsfreiheit niedergelassener Ärzte, sondern überdies deren Wettbewerbsgleichheit mit den

Krankenhäusern angesichts der ihnen durch [Art. 3 Abs. 1 GG](#) i.V.m. [Art. 12 Abs. 1 GG](#) gewährleisteten Berufsausübungsfreiheit. Tatsächlich sehen sich Vertragsärzte zahlreichen legitimen und notwendigen Einschränkungen ihrer Berufsfreiheit ausgesetzt, insbesondere durch die Beschränkung ihres Leistungsspektrums auf die im EBM und der Richtlinie des GBA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung aufgeführten ambulanten Leistungen unter gleichzeitiger Bindung an die Grenzen ihres Versorgungsbereichs und des Fachgebiets nach Maßgabe des [§ 73 Abs. 1](#), 1a und 2 SGB V sowie des [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) (dazu BVerfG, Beschluss vom 17.06.1999 - [1 BvR 2507/97](#) -, vgl. auch BSG, Urteil vom 28.10.2009 - [B 6 KA 22/08 R](#) -). Innerhalb dieser Inhalts- und Schrankenbestimmungen müssen sie sich gleichwohl der Konkurrenz anderer Ärzte stellen, ohne dass darin ein Eingriff in den Schutzbereich des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) läge. Die Grundrechtsrelevanz dieser Rahmenbedingungen im Wettbewerb kommt erst dann zum Tragen, wenn der Wettbewerb für Konkurrenten freigegeben wird, welche diesen Beschränkungen nicht unterworfen sind, während die engen gesetzlichen Vorgaben den Vertragsärzten die Möglichkeit versagen, auf die veränderten Bedingungen durch eine Verschiebung ihres Tätigkeitsspektrums zu reagieren. Insbesondere bei einem regulierten Marktzugang können auch Einzelentscheidungen, die das erzielbare Entgelt beeinflussen, die Freiheit der Berufsausübung beeinträchtigen (vgl. BVerfG, Beschlüsse vom 23.04.2009 - [1 BvR 3405/08](#) - und 17.08.2004 - [1 BvR 378/00](#) -). Insoweit ist allerdings nicht primär der Schutzbereich des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) tangiert. Vielmehr handelt es sich in erster Linie um ein Problem der von [Art. 3 Abs. 1 GG](#) geschützten Gleichbehandlung im berufsbezogenen Kontext. Demzufolge ist der Schutzbereich des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i.V.m. dem allgemeinen Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) eröffnet, um der Antragstellerin die gleichberechtigte Teilnahme an einem von Verzerrungen freien Wettbewerb zu ermöglichen. Daher geht es nicht in erster Linie um Wettbewerbsfreiheit, sondern um Wettbewerbsgleichheit (SG Dresden, Urteil vom 27.10.2010 - [S 18 KR 312/10](#) -).

Eine auch für die Auslegung und Anwendung des [§ 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) beachtliche Grundrechtsbetroffenheit kann sich unter dem Gesichtspunkt des allgemeinen Gleichheitssatzes daher nur ergeben, wenn insoweit auch die wettbewerbsrelevante Berufsausübung über den bloßen Konkurrenzdruck hinaus in qualifizierter Weise betroffen ist. Die Annahme einer Grundrechtsbeeinträchtigung wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass die von der Antragstellerin befürchteten Nachteile keine unmittelbare Folge der auf [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) gestützten Bestimmung der Antragsgegnerin sind. Zwar entfaltet die Bestimmung nur mittelbare Wirkungen, indem die möglichen wirtschaftlichen Nachteile für die Antragstellerin allein auf dem autonomen Verhalten Dritter beruhen, nämlich dem der Beigeladenen zu 1), der von ihr auf Grundlage der Bestimmung behandelten Patienten und der diese an die Beigeladene zu 1) überweisenden Ärzte. Unter Berücksichtigung der Schutzfunktion des jeweiligen Grundrechts kann jedoch - je nach Art und Ausmaß - auch eine tatsächliche Betroffenheit des Grundrechtsträgers einen Grundrechtseingriff bedeuten. Der Grundrechtsschutz ist nicht auf unmittelbare Eingriffe beschränkt. [Art. 12 Abs. 1 GG](#) vermittelt Schutz auch gegenüber solchen Normen oder Akten, die sich zwar nicht unmittelbar auf die Berufstätigkeit beziehen, mit ihr jedoch in einem engen Zusammenhang stehen und eine objektiv berufsregelnde Tendenz haben (vgl. BVerfG, Beschlüsse vom 24.11.2010 - [1 BvF 2/05](#) -, 08.04.1997 - [1 BvR 48/94](#) -, 30.10.1961 - [1 BvR 833/59](#) -). So wird ein Eingriff in die Wettbewerbsfreiheit angenommen, wenn der Staat durch die einseitige Subventionierung eines Konkurrenten die Wettbewerbslage verzerrt und die wirtschaftliche Stellung des nicht begünstigten Unternehmers in unerträglichem Maße und unzumutbar schädigt (BVerfG, Urteil vom 30.08.1968 - [VII C 122.66](#) -). Andererseits muss ein Unternehmer stets die Dynamik der seine Erwerbstätigkeit maßgeblich beeinflussenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in Rechnung stellen. So beinhalten beispielsweise die staatliche Konzessionierung eines neuen Konkurrenten oder das Hinzutreten des Staates als Konkurrent lediglich eine weitgehend systemimmanente Verschärfung des marktwirtschaftlichen Konkurrenzdrucks. Anderes gilt allerdings dann, wenn der Staat Rahmenbedingungen zielgerichtet verändert, um zu Lasten bestimmter Unternehmen einen im öffentlichen Interesse erwünschten Erfolg herbeizuführen. Solche Maßnahmen haben eine andere rechtliche Qualität. Im Gegensatz zu einer Veränderung sozialer Bedingungen als bloßer Reflex staatlicher Maßnahmen handelte es sich hier um "grundrechtsspezifische" Maßnahmen. Im Rahmen von [Art. 12 Abs. 1 GG](#) sind das Maßnahmen, die eindeutig auf einen auf Seiten des Unternehmens eintretenden nachteiligen Effekt abzielen und diesen Effekt nicht lediglich als Begleiterscheinung mit sich bringen. Der Grundrechtsschutz der unternehmerischen Betätigungsfreiheit kann sich mithin ausnahmsweise auf die Veränderung von Erwerbsbedingungen erstrecken, wenn und soweit diese staatlicherseits final und grundrechtsspezifisch erfolgt. Ein anderes Ergebnis wäre mit dem Schutzzweck des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) nicht vereinbar, weil es dem Staat erlauben würde, ohne Beachtung grundrechtlicher Schutzbedingungen unternehmerisches Verhalten zu steuern und die unternehmerische Dispositions- und Betätigungsfreiheit einzuschränken und womöglich auszuhöhlen (vgl. BVerfG, Urteil vom 18.04.1985 - [3 C 34.84](#) -).

Der Gesetzgeber hat mit der Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung final gestaltend in die Wettbewerbsstrukturen der bislang im Wesentlichen dem vertragsärztlichen Sektor vorbehaltenen ambulanten Versorgung gesetzlich Versicherter eingegriffen. Der potentiell drittschützende Gehalt des [§ 116b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) verdichtet sich dann zu einem subjektiven Recht der mittelbar betroffenen Vertragsärzte, wenn sich ein Verstoß gegen das objektiv-rechtliche Gebot der Rücksichtnahme auf die vertragsärztliche Versorgung in qualifizierter und individualisierter Weise, die über eine bloße Verschärfung des Konkurrenzdruckes hinausgeht, auf die Berufsausübung der im Einzugsbereich des Krankenhauses die gleichen Leistungen erbringenden Vertragsärzte auswirkt. Danach ist es für die potentiell drittschützende Wirkung einer Norm weder erforderlich, dass diese in ihrer vollen Reichweite auch dem Schutz individueller Interessen zu dienen bestimmt ist, noch dass sie den geschützten Personenkreis räumlich abgrenzt, solange er sich nur von der Allgemeinheit abgrenzen lässt (vgl. BVerfG, Urteile vom 25.02.1977 - [IV C 22.75](#) - und 19.09.1986 - [4 C 8/84](#) -). Letzteres ist hier mit der Eingrenzung des Rücksichtnahmegebots auf die "vertragsärztliche Versorgungssituation" und damit auf die im Einzugsbereich des Krankenhauses die gleichen Leistungen erbringenden Vertragsärzte der Fall. Eine Verwerfung der Konkurrenzverhältnisse ist (insbesondere) dann zu besorgen, wenn den bereits zum Markt zugelassenen Leistungserbringern ein gesetzlicher Vorrang gegenüber auf den Markt drängenden Konkurrenten eingeräumt ist. Fehlt es hieran, so realisiert sich in dem Marktzutritt lediglich ein dem jeweiligen Markt bereits immanentes Wettbewerbsrisiko (BVerfG, Beschluss vom 23.04.2009 - [1 BvR 3405/08](#) -). Möglicherweise sieht sich der Grundrechtseingriff letztlich durch Gemeinwohlerwägungen zum Schutz wichtiger Gemeinschaftsgüter gerechtfertigt, was wiederum von den der Bestimmung zu Grunde zu legenden und noch zu ermittelnden Tatsachen sowie der hierauf aufbauenden Abwägungsentscheidung abhängt. Doch ergeben sich zumindest aus der Reichweite der gleichheitsdirigierten Berufsausübungsfreiheit in Verbindung mit der "Berücksichtigungsklausel" in [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) prozessuale Beteiligungs- und Mitwirkungsrechte der Vertragsärzteschaft als Widerspiegelung grundrechtlich geforderter Kontrolle durch Rechtsschutz. Denn die unmittelbare Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Leistungserbringung entfaltet eine asymmetrische Wettbewerbssituation mit der Folge berufsgestaltender Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung, die gemessen an [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) und dem daraus fließenden Rechtsschutzversprechen ([Art. 19 Abs. 4 GG](#)) nachprüfbar sein sollten. Den Maßstab hierfür bietet der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Die "vertragsärztliche Versorgungssituation" zu "berücksichtigen" meint sonach, bei der Anwendung des [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) die freiheitsrechtlichen Einbußen für den betroffenen Vertragsarzt zu erkennen, d.h. in ihren prozessrechtlichen Konsequenzen zu würdigen. Der mittelbare Grundrechtseingriff bedingt die notwendige Beteiligung der Vertragsärzte an Verfahren zu [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) mit der Rechtsfolge ihres prozessualen Drittschutzes (vgl. Pitschas, a.a.O., 517).

Zutreffend haben deshalb das SG Dresden, das SG Hannover, das LSG Sachsen und das LSG Niedersachsen-Bremen ergänzend zu der noch nicht voll entfalteten "Vorrangs"-Perspektive in der Rechtsprechung des BSG die Anfechtungsbefugnis (dritt)betroffener Vertragsärzte bejaht. Die Antragsgegnerin ist infolgedessen nicht nur allgemein verpflichtet, vielmehr haben die vertragsärztlichen Konkurrenten ein eigenes Recht darauf, dass die Antragsgegnerin vor der Bestimmung der Beigeladenen zu 1) die Interessen und die individuelle Betroffenheit derjenigen Ärzte analysiert, in die Abwägung einbezieht und erkennbar gewichtet, die im voraussichtlichen ambulanten Einzugsbereich der Beigeladenen zu 1) die gleichen Leistungen erbringen (vgl. Henke in Peters, a.a.O., § 116b Rdn. 2: "sorgfältige Analyse").

In tatsächlicher Hinsicht resultiert hieraus für Ärzte, die für sich infolge eines rechtlichen "Vorsprungs" Drittschutz in Anspruch nehmen, die Obliegenheit, die eigene Situation so konkret zu beschreiben, dass sich daraus für die Krankenhausplanungsbehörde die nicht fernliegende Möglichkeit der Gefährdung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit ableiten lässt (LSG Sachsen, Beschluss vom 03.06.2010 - [L 1 KR 94/10 B ER](#) -). Diesen Anforderungen genügt das Vorbringen der Antragstellerin - wie dargestellt - jedenfalls im einstweiligen Anordnungsverfahren.

Nach alledem musste die Beschwerde im tenorierten Umfang Erfolg haben. Soweit der Senat die Beschwerde "im Übrigen" zurückgewiesen hat, beruht dies auf der Fassung der Anträge. Die der Beigeladenen zu 1) eingeräumte Karenzzeit sieht der Senat im Interesse der Patienten als geboten aber auch ausreichend an, um begonnene Behandlungen abschließen zu können.

III.

Die Entscheidung über den Streitwert beruht auf [§ 52 Abs. 2](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Der Antragstellerin ging es im einstweiligen Rechtsschutzverfahren nicht darum, eine eigene Rechtsposition zu erlangen, vielmehr war ihr Begehren darauf gerichtet, die der Beigeladenen zu 1) günstige Entscheidung der Antragsgegnerin auf sofortige Vollziehung zweier Bestimmungsbescheide zu beseitigen. Dieses Begehren hat defensiven Charakter (vgl. Senat, Beschluss vom 20.05.2009 - [L 11 B 5/09 KA ER](#) -). Maßgebend für die Streitwertbestimmung ist das dem Begehren zu Grunde liegende wirtschaftliche Interesse des Klägers. Dieses ist bei einer defensiven Konkurrentenklage schwerlich zu beziffern. Demzufolge kann auf die Kriterien des [§ 52 Abs. 2 GKG](#) zurückgegriffen werden. Hiernach ist ein Streitwert von 5.000,00 EUR anzunehmen, wenn der Sach- und Streitstand für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte bietet. Da die Bedeutung des Antrags erkennbar über diesem Wert liegt, ist der Streitwert angemessen zu erhöhen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 27.07.2005 - [L 10 B 14/05 KA](#) -). In Anlehnung an den in Zulassungssachen für die Streitbestimmung zu Grunde zu legenden Zeitraum von drei Jahren (BSG, Beschluss vom 12.10.2005 - [B 6 KA 47/04 B](#) -; Urteil vom 01.09.2005 - [B 6 KA 41/04 R](#) -) ergäbe sich im Hauptsacheverfahren ein Streitwert von 12 Quartale x 5.000,00 EUR = 60.000,00 EUR (vgl. auch Senat, Beschluss vom 23.12.2010 - [L 11 KA 95/10 B ER](#) -). Da für ein solches Hauptsacheverfahren - typisierend - grundsätzlich ein Zeitraum von drei Jahren anzusetzen ist (vgl. soeben), müsste vorliegend auch der im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes zu berücksichtigende Zeitfaktor auf drei Jahre bemessen werden. Das damit verbundene Kostenrisiko erachtet der Senat wegen [Art. 19 Abs. 4 GG](#) allerdings als nicht mehr vertretbar (vgl. BVerfG [NJW 1997, 311](#)). Aus diesem Grunde kann im Beschwerdeverfahren ein Zeitraum von einem Jahr berücksichtigt werden (vgl. Senat, Beschluss vom 16.06.2009 - [L 11 B 3/09 KA](#) -). Hieraus resultiert insoweit ein Streitwert von 20.000,00 EUR für jedes der beiden Verfahren. Der Senat verkennt nicht, dass die wirtschaftliche Bedeutung beider Verfahren nicht identisch ist. Gleichwohl ist es vertretbar, im Anwendungsbereich des [§ 52 Abs. 2 GKG](#) pauschalierend jeweils einen Streitwert von 20.000,00 EUR anzusetzen.

Die Kostenentscheidung folgt aus der entsprechenden Anwendung des [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Zwar ist die Antragstellerin insoweit unterlegen, als der Senat die Beigeladene zu 1) im Interesse der Patienten befugt, deren Behandlungen bis zum Ablauf des 31.10.2011 abzuschließen. Dies rechtfertigt indes keine abweichende Kostenentscheidung ([§ 155 Abs. 1 Satz 3 VwGO](#)). Der Beigeladenen zu 1) hat der Senat trotz Antragstellung keine Kosten nach [§ 154 Abs. 3 VwGO](#) auferlegt, weil sie den Rechtsstreit im Hinblick auf die Vielzahl von ungeklärten Rechtsfragen in der Sache mit konstruktiven Schriftsätzen gefördert hat (str., vgl. die Nachweise bei Kopp/Schenke, VwGO, 15. Auflage, 2007, § 154 Rdn. 8).

Dieser Beschluss ist nicht anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2011-04-07