

L 9 KA 11/11 B ER

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
9
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 13 KA 76/11 ER
Datum
23.09.2011
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 9 KA 11/11 B ER
Datum
23.02.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde gegen den Beschluss des Sozialgerichts Magdeburg vom 23. September 2011 wird zurückgewiesen.

Die Antragstellerin trägt die Kosten des Verfahrens beider Rechtszüge. Außergerichtliche Kosten des Beigeladenen sind nicht zu erstatten.

Der Streitwert wird für das Beschwerdeverfahren auf 15.000,00 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit der Anordnung der sofortigen Vollziehungen eines Bescheides des Antragsgegners.

Die Beigeladene ist Trägerin des C. -v. -B. -Klinikums in M ... In der Antragstellerin haben sich mehrere Ärzte zur gemeinsamen Berufsausbildung mit hämatologischem, gastroenterologischem und radiologischem Schwerpunkt zusammen geschlossen. Die Antragstellerin betreibt zwei Praxisstandorte in H. und zwar in der N. straße 23 (Hauptsitz) und der N. straße 22 (Nebensitz). Nach ihren Angaben (eidesstattliche Versicherung der Ärzte PD Dr. R. und Dr. S. vom 15. Juli 2011 als Anlage zur Antragsschrift vom 22. Juli 2011) werden am Standort N. straße 22, wo nur Behandlungen auf dem Gebiet der Onkologie und Gastroenterologie stattfinden, pro Quartal rund 2.800 Patientinnen und Patienten behandelt. Im 4. Quartal 2010 wurden insgesamt 2.869 Patientinnen und Patienten behandelt und davon ca. 12,8 mit gastorintestinalen Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle und ca. 48,6 % mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung. Die zur Antragstellerin gehörende Ärztin Dr. S. und die Ärzte Dres. PD R. und H. sind Fachärzte für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie. Sie nehmen bereits langjährig an der (nunmehr) zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossenen Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten (Onkologie-Vereinbarung) teil und sind "onkologisch verantwortliche Ärzte" nach dieser Vereinbarung. Im Jahre 2011 ist die Ärztin Dr. Sch. in die Praxisgemeinschaft eingetreten, die ebenfalls auf dem Gebiet der Hämatologie und Onkologie spezialisiert und auch "onkologisch verantwortliche Ärztin" nach der Onkologie-Vereinbarung ist. Daneben gehören zur Antragstellerin noch Fachärzte für Gastroenterologie, Radiologie, Radiologische Diagnostik und Diagnostische Radiologie. Nach dem Vortrag der Antragstellerin besteht eine enge Verzahnung der von ihnen durchgeführten ambulanten Behandlung mit dem stationären Sektor auch durch eine Einbindung in das Darmzentrum des D. krankenhauses in H ...

Am 29. Mai 2009 stellte die Beigeladene beim Antragsgegner einen Antrag auf Bestimmung zur Erbringung hochspezialisierter ambulanter Leistungen nach § 116b des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V). Beantragt wurde die Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen der Tumorguppen (1.) Gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle und (2.) Tumore des lymphatischen blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung.

Von dem Antrag setzte die Beigeladene die Kassenärztliche Vereinigung S. -A. (im Folgenden: KV) in Kenntnis. Die KV holte Stellungnahmen der Antragstellerin und einer weiteren in H. ansässigen internistisch-onkologischen Gemeinschaftspraxis ein. Die Ärzte der Antragstellerin führten in ihrer Stellungnahme vom 30. Juli 2009 unter anderem aus: Sie seien zu einer sinnvollen und engen Kooperation mit der hämato-onkologischen Abteilung des Klinikums der Beigeladenen bereit. Die Betreuung hämato-onkologischer Patienten im Rahmen einer umfassenderen Kooperationsgemeinschaft verschiedener Fachdisziplinen sei erfahrungsgemäß nur maximal für ein Drittel der Patienten erforderlich. Die Mehrheit der Patienten bedürften über Jahre (nur) einer ausschließlich ambulanten Behandlung durch einen erfahrenen Facharzt mit langjähriger Bindung zwischen Arzt und Patient. Es sei nicht klar, wie zwei stationär tätige und sicher gut ausgelastete Hämato-

Onkologen im Klinikum der Beigeladenen eine solche Versorgung in vergleichbarer Qualität mit der Versorgung durch niedergelassene Vertragsärzte mit persönlicher Leistungserbringung gewährleisten wollten. Mit einem Schreiben vom 7. August 2009 äußerte sich die KV gegenüber dem Antragsgegner zu den fachlichen Voraussetzungen für die beantragte Bestimmung. Dabei nahm die KV auch zur vertragsärztlichen Versorgungssituation Stellung und führte aus: In Sachsen-Anhalt befänden sich niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie in Ma., Ha., D. und H... Die Praxen hätten jeweils einen überregionalen Einzugsbereich. Allein in H. seien fünf solche Fachärztinnen und Fachärzte in zwei Gemeinschaftspraxen niedergelassen. Die Praxen in H. befänden sich in ca. 14 km Entfernung zu dem den Antrag stellenden Krankenhaus. Die zum Antrag der Klinik befragten Praxen sähen keine Notwendigkeit für die beantragte Bestimmung. Nach ihrer Aussage könne die Versorgung der Patienten in M. auch zukünftig von ihnen mit übernommen werden. Aus Sicht der KV ergebe sich aufgrund der im ambulanten Bereich vorhandenen Versorgungsstruktur kein Bedarf, das entsprechende Patientenkontingent durch das Klinikum zu versorgen. Weiter äußerten sich gegenüber dem Antragsgegner 33 niedergelassene Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner aus M. und Umgebung, die mit gleichlautenden schriftlichen Erklärungen eine ambulante Versorgung onkologisch erkrankter Patientinnen und Patienten durch das Krankenhaus bzw. den dort tätigen Chefarzt Prof. Dr. S. befürworteten und ausführten, für die in Rede stehenden Behandlungen sei die Versorgungssituation im südlichen S. Kreis bei weitem nicht ausreichend.

Das beim Beklagten im Ministerium für Arbeit und Soziales zuständige Referat wertete die im Antragsverfahren gewonnenen Erkenntnisse aus und fasste das Ergebnis in einem Vermerk vom 22. September 2010 zusammen, wobei u. a. ausgeführt wird: Das Klinikum erfülle die Vorgaben für eine Bestimmung nach [§ 116b SGB V](#). Das ärztliche Personal verfüge über die entsprechende medizinische Ausbildung sowie ausreichende Erfahrung in der stationären Behandlung und Therapie hämato-onkologischer Patientinnen und Patienten. Gegen die beantragte Bestimmung könnte jedoch die zu berücksichtigende Versorgungssituation der niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte im Einzugsbereich des Klinikums sprechen. Im Ergebnis aller in der Gesamtschau aufgeführten Umstände entstehe nicht der Eindruck, dass von einer Bestimmung des Klinikums zur ambulanten Behandlung nach [§ 116b SGB V](#) eine erhebliche Bedrohung der Existenz der in der Stadt H. ansässigen hämato-onkologischen Fachärztinnen und -ärzte ausgehe. Die Einzugsbereiche der niedergelassenen Gemeinschaftspraxen in H. und des Klinikums in M. überschneiden sich zwar. Der Einzugsbereich der Praxen in H. umfasse aber auch weitere Gebiete, insbesondere in H. selbst. Die Bestimmung des Klinikums in M. würde nicht zu einer bedrohlichen existentiellen Lage für die beiden Schwerpunktpraxen in H. führen. Es sei mit einer Verbesserung der Versorgungssituation in der Region M. zu rechnen. Zum Wohle der Patientinnen und Patienten solle auf eine Kooperation der Beteiligten hingewirkt werden, um die Versorgungssituation insgesamt vor Ort zu verbessern.

Mit Bescheid vom 26. November 2010 bestimmte der Antragsgegner das Krankenhaus der Beigeladenen mit Wirkung ab dem 1. Januar 2011 zur ambulanten Erbringung von - in den Anlagen zum Bescheid näher spezifizierter - Leistungen zur Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen und zwar (1) von Patientinnen und Patienten mit gastrointestinalen Tumoren und Tumoren der Bauhöhle und (2) Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung. Im Bescheid wird ausgeführt: Bei Erstzuweisung bestehe ein Überweisungserfordernis durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt (im Ausnahmefall im stationären Bereich als Konsil oder hausinterne Überweisung). Drei Jahre nach der Erstüberweisung sei eine erneute Überweisung durch einen Vertragsarzt oder eine Vertragsärztin erforderlich. Die Bestimmung war mit der Nebenbestimmung versehen, dass die in [§ 116b SGB V](#) in Verbindung mit der Anlage 3 Nr. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach [§ 116b SGB V](#) genannten Anforderungen dauerhaft erfüllt sein müssen. In den Entscheidungsgründen wird im Wesentlichen die Argumentation aus dem dargestellten Vermerk vom 22. September 2010 übernommen.

Gegen den Bestimmungsbescheid vom 26. November 2010 erhob die Antragstellerin am 4. April 2011 eine Klage, die noch beim Sozialgericht Magdeburg (SG) anhängig ist. Weitere Klagen erhoben die Ärzte der anderen in H. ansässigen Gemeinschaftspraxis mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie und die KV. Die Beigeladene beantragte daraufhin mit Schreiben vom 24. Mai 2011 beim Antragsgegner die Anordnung der sofortigen Vollziehung des Bestimmungsbescheides. Zur Begründung führte sie u. a. aus: Die Zahl der durch das Klinikum behandelten Patienten mit einer onkologischen Erkrankung habe sich seit der erteilten Bestimmung nicht signifikant erhöht. Schon aufgrund des Mangels an qualifiziertem Personal sei nicht mit einer beliebigen Leistungsausweitung zu rechnen. Es bestehe auch in Zukunft keine Gefahr für eine qualifizierte wohnortnahe Versorgung der Patienten durch die beiden spezialisierten Gemeinschaftspraxen in H... Bei onkologischen Erkrankungen seien die zeitliche Abstimmung sowie die Verzahnung der unterschiedlichen Fachgebiete grundlegend für den Behandlungserfolg. Zum Wohle der Patienten sei es sinnvoll, einen reibungslosen Ablauf auch hinsichtlich der Terminierung und Kommunikation zu gewährleisten. Diese Anforderungen könnten nur dann optimal erfüllt werden, wenn die Diagnostik und Therapie aus einer Hand erfolgten und in einer Einrichtung gebündelt würden.

Der Antragsgegner ordnete sodann mit Bescheid vom 27. Mai 2011 die sofortige Vollziehung des Bestimmungsbescheides vom 26. November 2010 an und führte zur Begründung aus: Das Vollzugsinteresse überwiege im konkreten Fall gegenüber dem Suspensivinteresse. Es überwiege das öffentliche Interesse an der Erschließung von Effizienzreserven durch die Einbindung des Klinikums in die ambulante Versorgung. Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung sei vom Gesetzgeber gewollt worden, um die sektoralen Grenzen in der medizinischen Versorgung zu überwinden. Die KV sei hier nicht in eigenen Rechten berührt. Die klagenden Praxismgemeinschaften hätten mögliche finanzielle Risiken für sie infolge der Bestimmung des Klinikums weder konkret dargelegt noch beziffert. Irreparable, unverhältnismäßige Auswirkungen für die niedergelassenen Ärzte, die das berechnete öffentliche Interesse am Vollzug des Bescheides zurückdrängen könnten, seien nicht ersichtlich. Dies gelte im besonderen Maße auch vor dem Hintergrund, dass die bereits aufgrund der Bestimmung (ab dem 1. Januar 2011) begonnenen Behandlungen ansonsten abgebrochen werden müssten. Damit unterlägen Patienten, die bereits aufgrund ihrer Erkrankung in besonderem Maße betroffen seien, ein weiteres Mal einer für sie existenziellen Lebenssituation, weil sie nun auch noch den Arzt, zu dem sie während der Behandlung ein besonderes Vertrauensverhältnis aufgebaut hätten, verlieren würden.

Die Antragstellerin hat am 22. Juli 2011 beim SG einen Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ihrer Klage gegen den Bescheid vom 26. November 2010 gestellt. Zur Begründung hat sie ausgeführt: Das Krankenhaus der Beigeladenen befindet sich in nur ca. 14 km Entfernung von ihrer (beiden) Praxisstandorten in H. und sei von dort in nur ca. 23 Minuten mit dem Auto zu erreichen. Wenn die in ihrem Praxisstandort in der N. Straße 22 in H. betreuten Chemotherapie-Patienten "wegbrächen", würde diesem Standort "das wirtschaftliche" Standbein entzogen. Wenigstens 1/3 ihrer Chemotherapiepatienten kämen aus den Gebieten S. Kreis, M. -Q., W. und B. Landkreis. Sie gewährleiste eine interdisziplinär abgestimmte Diagnostik und Therapie. Es bestehe eine enge Verzahnung des ambulanten

mit dem stationären Sektor; sie sei in das Darmzentrum des D. Krankenhauses in H. eingebunden und stelle auch an Wochenenden und an Feiertagen eine "Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit" sicher. Die Patienten würden grundsätzlich von ein und demselben Vertragsarzt behandelt. Die Bedrohung ihrer Existenz ergebe sich daraus, dass das Krankenhaus einen "exzellenten Erstzugriff" auf die onkologischen Patienten habe. Das ambulante Behandlungskonzept werde erst nach der im Krankenhaus durchgeführten Operation und der weiteren Abklärung aller relevanten Daten festgelegt. Liege eine Bestimmung des Krankenhauses zur ambulanten Behandlung vor, habe das Krankenhaus kein Interesse an der Einbindung eines vertragsärztlichen Onkologen. Erfolgsaussichten in der Hauptsache seien gegeben. [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) komme dritt-schützende Wirkung zu. Eine wesentliche Beeinträchtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation im Sinne eines Verdrängungswettbewerbs sei vom Gesetzgeber nicht gewollt. Bei der konkreten Abwägung hätte berücksichtigt werden müssen, dass es auch einen Antrag auf Bestimmung des Universitätsklinikums H. gebe, über den noch nicht entschieden worden sei. Auch hätten bei der Bestimmung des Klinikums der Beigeladenen Maßnahmen vorgesehen werden müssen, um eine beliebige Mengenausweitung der Krankenhäuser zu verhindern. Die Ärzte der Antragstellerin seien besonders von der Bestimmung der Krankenhäuser betroffen, weil sie nach der Onkologie-Vereinbarung Mindestbehandlungszahlen nachweisen müssten. Die Erreichung der notwendigen Fallzahlen sei gefährdet. Bei Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die Bestimmung des Krankenhauses drohten den Patienten, bei denen Behandlungen im Klinikum begonnen worden seien, keine gravierenden Nachteile. Die betroffenen Patienten könnten in der vertragsärztlichen Behandlung weiter betreut werden.

Das SG hat den Antrag auf Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung mit Beschluss vom 23. September 2011 abgelehnt und ausgeführt: Der Antragsgegner habe den dem Bestimmungsbescheid zugrundeliegenden Sachverhalt ermittelt und hinreichend und nachvollziehbar gewürdigt. Die Interessenabwägung bei der Aussetzungsentscheidung sei nicht zu beanstanden. Es liege im öffentlichen Interesse, dass die derzeit im Klinikum der Beigeladenen behandelten Patienten dort weiterbehandelt werden könnten. Für die Antragstellerin liege keine unbillige Härte vor.

Gegen den 30. September 2011 zugestellten Beschluss hat die Antragstellerin am 31. Oktober 2011 (einem Montag) Beschwerde erhoben und vorgetragen: Das SG habe bei der Interessenabwägung, die bei der Entscheidung über die Herstellung der aufschiebenden Wirkung geboten sei, nicht das gesetzliche Regel-Ausnahmeverhältnis beachtet. Weil die aufschiebende Wirkung der erhobenen Anfechtungsklage der Regelfall sei, müsse das Vollzugsinteresse überwiegen, um sich gegen das Aussetzungsinteresse durchzusetzen. Die Antragstellerin habe auch dargelegt, dass ihre vertragsärztliche Tätigkeit durch den Bestimmungsbescheid gefährdet sei. Der Anteil der Patienten mit den Tumoren, zu deren Behandlung das Klinikum der Beigeladenen bestimmt worden sei, entspreche ca. 61,4 % der Gesamtpatientenzahl am Standort N. Straße 22 in H. und sogar 85 % der Chemotherapie-Patienten. Das Klinikum biete die Leistungen auch im selben räumlichen Bereich an wie sie. Aus einer nach den Daten der KV für die Antragstellerin erstellten Statistik zur Entwicklung der Überweisungen von Ärzten aus dem unmittelbaren Umfeld der Klinik (B. D. , B. L. , M. und L.) ergebe sich ein Rückgang der Patientenzahlen von 152 im 4. Quartal 2010 zu 121 im 4. Quartal 2011. Zudem ergebe sich ein deutlicher Einbruch der Chemotherapie-Patienten. Nach dem Eintritt von Dr. Sch. in die Praxismgemeinschaft sei die Zahl der Chemotherapie-Patienten kurzfristig im 2. und 3. Quartal bei den nun insgesamt vier Onkologen (Dr. H. , PD Dr. R. , Dr. S. , Dr. Sch.) auf durchschnittlich 189 angestiegen und im 4. Quartal auf 161 gesunken. Aufgrund des erheblichen Einbruchs im 4. Quartal 2011 habe sich ergeben, dass der PD Dr. R. nur noch 30 intravenöse Chemotherapie-Patienten zur Behandlung gehabt habe (wegen der näheren Einzelheiten wird hierzu auf das von der Antragstellerin in Kopie vorgelegte Schreiben der Ärztin Dr. S. vom 10. Januar 2012 nebst Anlagen – Blatt 379 ff. der Gerichtsakten – Bezug genommen). Wenn die vorgeschriebene Mindestmenge von 30 Patienten pro Arzt und Quartal nicht mehr erreicht werde, entfielen der Status und die Qualifikation als onkologisch verantwortlicher Arzt nach der Onkologie-Vereinbarung. Die Bestimmung von Krankenhäusern dürfe nicht zur Verdrängung vertragsärztlicher Leistungserbringer führen. Das SG habe die Belange der Antragstellerin, insbesondere die verzerrte Wettbewerbssituation (durch die besondere Situation des Krankenhauses) nicht berücksichtigt. Es wäre Aufgabe des Antragsgegners gewesen, einen Ausgleich zu schaffen, um eine beliebige Mengenausweitung durch das Krankenhaus zu verhindern. Für die schwerkranken Patienten, deren ambulante Behandlung im Klinikum der Beigeladenen bei Beachtung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen den Bestimmungsbescheid beendet werden müsste, sei eine nahtlose Weiterbehandlung in den Vertragsarztpraxen möglich. Überwiegend sei das private Interesse der Antragstellerin am Erhalt ihrer wirtschaftlichen Grundlage. In verfahrenrechtlicher Hinsicht hat die Antragstellerin beantragt, zusätzlich die KV und die Krankenkassenverbände beizuladen.

Die Antragstellerin beantragt (sinngemäß),

den Beschluss des Sozialgerichts Magdeburg vom 23. September 2011 aufzuheben und die aufschiebende Wirkung der von ihr gegen den Bestimmungsbescheid des Antragsgegners vom 26. November 2010 erhobenen Klage wieder herzustellen.

Der Antragsgegner beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Er hat vorgetragen: Mit der Bestimmung des Klinikums sei eine Verbesserung der Versorgungssituation erreicht worden, die vorher nicht optimal gewesen sei. Der vorgetragene Rückgang der Patientenzahlen bei PD Dr. R. korrespondiere maßgeblich mit dem Hinzutreten der Ärztin Dr. Sch. in die Praxismgemeinschaft.

Die mit Beschluss des Berichterstatters vom 12. Januar 2012 beigefugte C. -v. -B. -Klinikum S. kreis GmbH hat sich nicht geäußert.

Wegen der weiteren Einzelheiten auch zum Vorbringen der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und die beigezogenen Verwaltungsakten Bezug genommen.

II.

Die gemäß [§ 172 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Beschwerde der Antragstellerin ist zulässig aber nicht begründet.

Der erkennende Senat ist beim hiesigen Landessozialgericht (LSG) der für Streitigkeiten aus dem Vertragsarztrecht gemäß [§§ 31 Abs. 2, 10 Abs. 2 SGG](#) zuständige Senat. Der Senat geht im Anschluss an die Auffassung des dort für das Vertragsarztrecht zuständigen 6. Senat des

Bundessozialgerichts (BSG) davon aus, dass auch die Streitverfahren über die Bestimmung von Krankenhäusern für die ambulante Leistungserbringung nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2011 maßgeblichen Fassung (a. F.) durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 23. März 2007 ([BGBl. I S. 378](#)) solche des Vertragsarztrechts im Sinne von [§ 10 Abs. 2 SGG](#) sind. Erfasst werden Streitigkeiten aufgrund der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Vertragszahnärzten einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände. Der 6. Senat des BSG vertritt dazu die Auffassung: An der Zuordnung zum Vertragsarztrecht ändere nicht, dass in diesen Fällen die Entscheidung über den Zugang zur ambulanten Versorgung von den Zulassungsgremien auf die Landesbehörden übertragen worden sei. Es handelte sich um Vertragsarztstreitigkeiten. Hätte der Gesetzgeber eine Ausgliederung der entsprechenden Verfahren aus dem Vertragsarztrecht im verfahrensrechtlichen Sinne herbeiführen wollen, hätte das ausdrücklich geschehen müssen (vgl. 6. Senat des BSG, Urteil vom 6. Mai 2009 - [B 6 KA 10/08 R](#) - hier zitiert nach juris). Eine solche Ausgliederung ist bisher nicht erfolgt. Sie ergibt sich nach Auffassung des Senats auch nicht als "Umkehrschluss" aus dem neu mit Wirkung von 1. Januar 2012 durch Artikel 8 des Vierten Gesetzes zur Änderung des Vierten Buches Sozialgerichtsgesetzes und anderer Gesetze (BGBl. I 2011, S. 3063) dem bisherigen [§ 10 Abs. 2 SGG](#) angefügten Satz 2 Nr. 3. Dort wird unter anderen bestimmt, dass zu den Vertragsarztstreitigkeiten die Klagen im Zusammenhang mit der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung aufgrund von Ermächtigungen nach den [§§ 116, 116a](#) und [117](#) bis [119b](#) des SGB V gehören. Zu den Gründen für diese Neuregelung wird in den Gesetzesmaterialien ausgeführt, es werde verankert, dass zum Vertragsarztrecht auch Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Beteiligung stationärer Leistungserbringer gehörten, die zu vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt seien. Die maßgeblichen Vorschriften im SGB V würden ausdrücklich benannt. Damit würden Zweifel an der Zuordnung derartiger Klagen zum Vertragsarztrecht ausgeräumt. Dass Ausgangspunkt für die Zurechnung zum Vertragsarztrecht die organisatorische Einbeziehung in die vertragsärztliche Versorgung sei, wäre bislang nur der Begründung zur Änderung des [§ 10 Abs. 2 SGG](#) zu entnehmen gewesen (so in der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages vom 30. November 2011 - [BT-Drs. 17/7991 S. 17](#)). Somit wollte der Gesetzgeber ausdrücklich nur eine klarstellende Regelung für die Streitigkeiten aufgrund des Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung aufgrund der Ermächtigung durch die besonderen, aus Ärzten und Vertretern der Krankenkassen gebildeten Zulassungsgremien bei den Kassenärztlichen Vereinigungen treffen. Für den Sonderfall eines Zugangs zur vertragsärztlichen Versorgung aufgrund einer Bestimmung durch eine Landesbehörde nach [§ 116b SGB V](#) a. F., bei der in der Rechtsprechung umstritten ist, ob Streitigkeiten hierüber dem Vertragsarztrecht im Sinne des [§ 10 Abs. 2 SGG](#) zuzurechnen sind, hat der Gesetzgeber keine Regelung getroffen. Deshalb kann aus der Nichterwähnung des [§ 116b SGB V](#) in der nun in [§ 10 Abs. 2 SGG](#) eingefügten "Aufzählung" auch nicht der Umkehrschluss gezogen werden, Streitigkeiten im Zusammenhang mit dem Zugang zur ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser aufgrund dieser Norm gehörten verfahrensrechtlich nicht zum Vertragsarztrecht im Sinne des [§ 10 Abs. 2 SGG](#).

Die Argumente für die Auffassung, Streitigkeiten über die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen gemäß [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) a. F. seien keine solchen des Vertragsarztrechts, hält der Senat nicht für überzeugend. Hierfür wird angeführt, der Gesetzgeber habe eine neue Versorgungsform geschaffen, für die eine Zulassungsentscheidung durch den Zulassungsausschuss nicht mehr erforderlich und deren Voraussetzungen sich nach der regionalen Krankenhausplanung und damit ausschließlich nach Landesrecht richteten (vgl. BSG, Urteil vom 12. August 2009 - [B 3 KR 10/07 R](#) - hier zitiert nach juris). Die im Rahmen des [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) entscheidende Stelle habe nicht mit Kooperationsgremien gemeinsam, deren Beteiligung am Streitverfahren maßgeblich für die Zuordnung einer Angelegenheit zum Vertragsarztrecht sei. Sachlich-gegenständlich gehörten die Katalogleistungen nach [§ 116b Abs. 3](#) und 4 SGB V zwar zur vertragsärztlichen Versorgung; [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) begründe aber kein Recht und keine Verpflichtung zur Teilnahme der bestimmten Krankenhäuser an der vertragsärztlichen Versorgung. Deshalb habe der Gesetzgeber im [§ 116b Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) die entsprechende Geltung von für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Anforderungen anordnen müssen und es sei in [§ 116b Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) abweichend von [§ 120 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ein unmittelbarer Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die Krankenkassen geregelt. Es gehe in der Sache um die Rechtsbeziehung des Krankenhauses zu der nach Landesrecht für die Bestimmung nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) zuständigen Stelle. Diese Rechtsbeziehung sei nicht dem Vertragsarztrecht zuzuordnen. Durch [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) werde parallel und in Konkurrenz zur vertragsärztlichen Versorgung eine ambulante Behandlung durch Krankenhäuser ermöglicht (so Sächsisches LSG, Beschluss vom 3. Juni 2010 - [L 1 KR 94/10 B ER](#) - hier zitiert nach juris). Der erkennende Senat geht davon aus, dass es auch bei der Bestimmung eines Krankenhauses nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) a. F. im Kern um eine Einbeziehung des Krankenhauses in die vertragsärztliche Versorgung geht. Hierfür sprechen der Regelungszweck und die historische Entwicklung der Norm: [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) in seiner ursprünglichen Form wurde durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 ([BGBl. I 2190](#)) mit Wirkung vom 1. Januar 2004 in das SGB V eingefügt. Mit der Regelung wurde es den Krankenkassen ermöglicht, für bestimmte hochspezialisierte Behandlungen oder bei bestimmten, insbesondere seltenen Erkrankungen Krankenhäuser durch Vertrag in die ambulante Behandlung der bei ihnen versicherten Patienten einzubeziehen. In der Sache ging es damit um eine Erweiterung des ambulanten Verhandlungsangebots in speziellen Fällen. Das Krankenhaus bzw. die dort tätigen Ärzte sollten bezogen auf einen Sonderbedarf an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können. Streitigkeiten aufgrund dieser Verträge wären nach dem Wortlaut des [§ 10 Abs. 2 SGG](#) als solche des Vertragsarztrechts aufzufassen gewesen. Mit Wirkung zum 1. April 2004 ersetzte der Gesetzgeber mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26. März 2007 ([BGBl. I 378](#)) die bisherige Möglichkeit zum Abschluss von Verträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäuser für die von [§ 116b SGB V](#) betroffene Materie durch die Einführung des Bestimmungsverfahrens. Dazu wird in der Gesetzesbegründung ausgeführt: Die Krankenkassen hätten die eingeräumte Möglichkeit zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung kaum genutzt. Deshalb entfalle die Vertragskompetenz. Künftig sei ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der im Katalog genannten hochspezialisierten Leistungen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers als geeignet dazu bestimmt werde ([BT-Drs. 16/3100 S. 139](#)). Im [§ 116b Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) wurde nun geregelt, dass für die sächlichen und personellen Anforderung an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses die Anforderungen an die vertragsärztliche Versorgung entsprechend gelten und nach Abs. 5 Satz 1 sind die erbrachten Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen zu vergüten. Sachlich blieb es aber dabei, dass für einen speziellen Bereich ein Zugang der Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung von krankenversicherten Patientinnen und Patienten geregelt und eine Beziehung zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen begründet wird. Dabei tritt an die Stelle der Begründung der Beziehung durch Vertrag "ersatzweise" die "Bestimmung"; die eine vertragsähnliche Beziehung aufgrund Verwaltungsakt begründet. Dies rechtfertigt ausgehend von der Betrachtung der durch die Bestimmung nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) geregelten Materie die Zuordnung zum Vertragsarztrecht. Zum selben Ergebnis kommt das LSG für das Land Nordrhein-Westfalen (LSG NRW), das darauf abstellt, der verfahrensrechtliche Begriff des Vertragsarztrechts im Sinne von [§ 10 Abs. 2 SGG](#) erfasse alle aufgrund der Beziehungen zwischen Vertragsärzten und Krankenkassen entstehende Verfahren (Beschluss vom 9. Februar 2011 - [L 11 KA 91/10 B ER](#)). Nach Auffassung des erkennenden Senats gilt dies auch für Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Begründung von vertragsähnlichen Beziehungen durch Verwaltungsakt.

Im Verfahren hat der Senat den in seinen Interessen unmittelbar betroffenen Krankenhausträger nach [§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) beigeladen. Von einer Beiladung der KV und der Krankenkassen bzw. ihrer Verbände sieht der Senat jedenfalls im einstweiligen Rechtsschutzverfahren ab, weil hier die Interessen von der Entscheidung über die aufschiebende Wirkung der nicht von ihnen erhobenen Klage nur im geringeren Umfang berührt werden. Sie sind im Hauptsacheverfahren beizuladen, wenn über den Bestand der mit der Klage angefochtenen Bestimmung zu entscheiden ist.

Das SG hat zu Recht die beantragte Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Klage der Antragstellerin gegen den Bescheid des Antragsgegners vom 26. November 2011 abgelehnt. Die Voraussetzungen hierfür liegen nach [§ 86b Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) nicht vor. Nach dieser Vorschrift kann das Gericht der Hauptsache (das für die Entscheidung über die Anfechtungsklage zuständig ist) in den Fällen, in denen Widerspruch oder Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung haben, die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise wiederherstellen. Diese Vorschrift findet auch Anwendung auf die Fälle, in denen die Verwaltung gemäß [§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) die sofortige Vollziehung angeordnet hat, um die ansonsten kraft Gesetzes eintretende aufschiebende Wirkung eines Widerspruchs oder einer Klage auszuschließen. Eine solche Anordnung hat der Antragsgegner mit Bescheid vom 27. Mai 2011 bezogen auf den Bestimmungsbescheid vom 26. November 2010 getroffen. Ohne diese Anordnung würde die Klage der Antragstellerin gegen den Bescheid des Antragsgegners vom 26. November 2010 auch nach [§ 86a Abs. 1 SGG](#) kraft Gesetzes aufschiebende Wirkung haben. Bei der Bestimmung nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) durch die dafür nach Landesrecht zuständige Behörde handelt es sich um eine Regelung auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts mit Außenwirkung und damit um einen Verwaltungsakt. Die Bestimmung hat statusbegründende Wirkung, da sie das Krankenhaus zur ambulanten Erbringung von Leistungen an Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen berechtigt. Sie gestaltet unmittelbar die Rechtsbeziehung zwischen Krankenhaus und gesetzlichen Krankenkassen (LSG NRW, Beschluss vom 4. Mai 2011 – [L 11 KA 120/10 B ER](#) – zitiert nach juris). Die sich als Regelfall aus [§ 86a Abs. 1 SGG](#) ergebende aufschiebende Wirkung einer Anfechtungsklage ist nicht kraft Gesetzes ausgeschlossen. Aufschiebende Wirkung kraft Gesetzes entfaltetete insofern auch die von der Antragstellerin erhobene Klage, obwohl diese nicht Adressat des Bestimmungsbescheides ist. Ihre Klage ist nicht von vornherein mangels einer Klagebefugnis unzulässig.

Zwar ist umstritten, welche Auswirkung die Bestimmung eines Krankenhauses nach [§ 116b Abs. 2 a. F. SGB V](#) für die Rechtsposition von für vergleichbare Leistungsbereiche zugelassene Vertragsärzte hat (vgl. Hess in Kasseler Kommentar, § 116b Rdnr. 6a). Der Senat geht aber in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung anderer Landessozialgerichte (vgl. LSG NRW, Beschluss vom 4. Mai 2011 – a. a. O.; Sächsisches LSG, Beschluss vom 3. Juni 2010 – [L 4 KR 94/10 B ER](#) – veröffentlicht in juris) davon aus, dass Vertragsärzte die Bestimmung von Krankenhäusern zur ambulanten Verhandlung anfechten können, wenn eine Rechtsverletzung nicht von vornherein ausgeschlossen ist.

Es handelt sich hier um eine sogenannte defensive Konkurrentenlage, mit der sich ein bereits etablierter Leistungserbringer gegen die Zulassung eines weiteren Leistungserbringers wehrt. In solchen Fällen kann sich die Befugnis zur Anfechtung aus den einschlägigen einfachrechtlichen Bestimmungen ergeben, auf die sich die Rechtseinräumung stützt, wenn diesen ein Gebot zur Rücksichtnahme auf die Interessen derer zu entnehmen ist, die schon eine Position als Leistungserbringer innehaben. Die einschlägigen Bestimmungen können dann einen Drittschutz vermitteln (vgl. BSG, Urteil vom 7. Februar 2007 – [B 6 KA 8/06 R](#) – zitiert nach juris). Entscheidend ist die durch Auslegung zu ermittelnde Zielrichtung der maßgeblichen Norm. Der Maßgabe im [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung, wonach die Bestimmung des Krankenhauses "unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation erfolgt" kommt eine solche drittschützende Wirkung zu. Der Senat folgt nicht der Auffassung, dass eine drittschützende Wirkung des [§ 116b SGB V](#) in Hinblick darauf ausscheidet, dass die Leistungserbringung durch die Krankenhäuser hier nicht in einem Nachrangverhältnis zur Erbringung durch niedergelassene Ärzte steht und dass primäre Zielrichtung sei, bei bestimmten Krankheiten eine möglichst gute Versorgung zu sichern (so Becker in Becker/Kingreen, SGB V, 2. Aufl., § 116b Rdnr. 24). Richtig ist, dass ein Drittschutz dann anzunehmen ist, wenn nach den einschlägigen gesetzlichen Regelungen den niedergelassenen Vertragsärzten ein Vorrang vor ermächtigten Krankenhausärzten zukommt (vgl. BSG, Urteil vom 17. Oktober 2007 – [B 6 KA 42/06 R](#) – zitiert nach juris). Ein aus dem Gesetz abzuleitender Drittschutz ist aber nicht auf solche Konstellationen beschränkt. Im Hinblick darauf, dass die Leistungserbringung im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung intensiv staatlich reguliert bzw. geregelt wird, kann jede "Marktöffnung" für Dritte, auch verfassungsrechtliche geschützte Positionen der bereits in diesem Bereich tätigen Leistungserbringer tangieren (vgl. Hänlein in LPK-SGB V, 3. Auflage, § 116 Rdnr. 8). Abzustellen ist jeweils auf die konkrete Zugangsregelung und deren Reichweite und Zielrichtung. Die ambulant zu erbringenden hochspezialisierten Leistungen, die von den Regelungen in [§ 116b Abs. 2 bis 6 SGB V](#) erfasst werden, werden im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur von auf ein bestimmtes Leistungsspektrum spezialisierten Arztpraxen mit besonders qualifizierten Ärzten erbracht. In tatsächlicher Hinsicht ist davon auszugehen, dass sehr oft Patienten betroffen sind, die wegen ihrer Krankheit stationär behandelt wurden und auch wieder stationär behandelt werden müssen, also eine "Anbindung" an das Krankenhaus haben. Insofern kann die Zulassung eines Krankenhauses zur ambulanten Leistungserbringung unmittelbare Auswirkungen auf die Situation der auf das betreffende Leistungsspektrum spezialisierten niedergelassenen Vertragsärzte haben. Für die vertragsärztliche Versorgungssituation sind nur diese wenigen betroffene Ärzte bzw. Ärztgemeinschaften relevant. Weil sich somit die nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) vorzunehmende Betrachtung typischerweise im betroffenen Versorgungsgebiet auf wenige Vertragsärzte beschränkt, die die Versorgung leisten, und weil für diese die Bestimmung erhebliche Auswirkungen haben kann, ist dem [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) ein drittschützende Wirkung zu entnehmen.

Ausgehend davon ist die Drittbetroffenheit im konkreten Fall festzustellen. Erforderlich ist, dass die Ärzte der Antragstellerin und das zur ambulanten Leistungserbringung bestimmte Krankenhaus der Beigeladenen im selben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen erbringen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 17. August 2011 – [B 6 KA 27/10 R](#)). Dies ist hier nach dem übereinstimmenden Vortrag der Beteiligten der Fall. Eine Betroffenheit der Antragstellerin ist hier aufgrund ihrer fachlichen Ausrichtung und der räumlichen Nähe zum Klinikum der Beigeladenen nicht ausgeschlossen, so dass die beim SG Magdeburg anhängige Klage grundsätzlich aufschiebende Wirkung hat. Durch die von dem Antragsgegner nach [§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) getroffene Anordnung der sofortigen Vollziehung ist die aufschiebende Wirkung entfallen, so dass der Antrag nach Wiederherstellung nach [§ 86b Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) zulässig ist.

Der Antrag ist aber unbegründet, wie das SG nach Auffassung des Senats rechtlich zutreffend befunden hat.

Der Antragsgegner hat hier die Vollziehbarkeitsanordnung im Bescheid vom 27. Mai 2011 formell rechtmäßig getroffen. Er hat berücksichtigt, dass die Anordnung nach [§ 86a Abs. 2 Nr. 5 SGG](#) mit schriftlicher Begründung des besonderen Interesses an der sofortigen Vollziehung erfolgen kann. Er hat das besondere Interesse gesondert (unter anderem damit begründet, dass die Lage der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen sei, bei denen bei Beachtung der aufschiebenden Wirkung der Klage eine bereits im Klinikum begonnene ambulante Behandlung abgebrochen werden müsse).

Auch in der Sache ist die Anordnung der sofortigen Vollziehung nicht zu beanstanden. Es liegen keine überwiegenden Interessen der Antragstellerin vor, die die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung gebieten. Dabei ist das erkennende Gericht nicht auf eine Überprüfung der Rechtmäßigkeit der von der Behörde bei der Anordnung der sofortigen Vollziehung vorgenommenen Interessenabwägung beschränkt, sondern nimmt selbst eine möglichst umfassende Abwägung des Vollzugsinteresses mit dem Aussetzungsinteresse vor. Maßgeblich fällt dabei zunächst ins Gewicht, ob der angefochtene Ausgangsbescheid, also der Bestimmungsbescheid vom 26. November 2011, sich bei einer im Eilverfahren gebotenen summarischen Prüfung als rechtmäßig oder unrechtmäßig erweist. Denn am Vollzug eines rechtswidrigen Bescheides kann kaum ein öffentliches Interesse bestehen. Hierfür ist im konkreten Fall auf die Erfolgsaussichten der von der Antragstellerin erhobenen Klage abzustellen. In diesem Hauptsacheverfahren ist der Bestimmungsbescheid insoweit zu überprüfen, wie von der Antragsgegnerin für ihren Drittschutz maßgebliche subjektive materielle Rechtspositionen betroffen sind. Solche können sich wie oben aufgezeigt aus dem Gebot zur Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation ergeben. Soweit ersichtlich kann - insbesondere mangels einer hierzu ergangenen höchstrichterlichen Rechtsprechung - noch nicht auf gefestigte Grundsätze zurückgegriffen werden, im welchem Umfang die Belange betroffener Vertragsärzte bei der Bestimmung nach [§ 116b SGB V](#) zu beachten sind. Dem Wortlaut und der Zielrichtung der Norm lässt sich für die erfassten hochspezialisierten Leistungsbereiche jedenfalls kein "Vorrang-Nachrang-Verhältnis" (siehe dazu ausführlich Sächsisches LSG, Beschluss vom 3. Juni 2010 - L KR 94/10 B ER - Rz. 56 ff. bei Zitierung nach juris) in dem Sinne entnehmen, dass die Bestimmung eines Krankenhauses nur erfolgen kann, wenn der Versorgungsbedarf nicht durch niedergelassene Vertragsärzte abgedeckt werden kann. Daraus folgt dann auch, dass die Entscheidung über die Bestimmung keine konkrete Feststellung des jeweiligen Bedarfs an spezialärztlichen Leistungen für jede der gelisteten Erkrankungen und Leistungen erfordert. Aus dem Gebot zur Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation wird aber gefolgert werden können, dass die bestehenden Versorgungsstrukturen - also die Versorgung der Versicherten in diesem hochspezialisierten Leistungsbereich durch niedergelassene Vertragsärzte - erhalten bleiben und nicht durch eine ausschließliche Leistungserbringung der ambulanten Leistungen durch das bestimmte Krankenhaus ersetzt werden soll. Dies wird auch durch die seit dem 1. Januar 2012 gültige Neufassung des [§ 116b SGB V](#) durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) deutlich. Dort wird die Bestimmung nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) a. F. - bei übergangsweiser Fortgeltung ausgesprochener Bestimmungen - durch ein neues Verfahren ersetzt, wobei nach [§ 116b Abs. 4 SGB V](#) n. F. Kooperationsvereinbarungen zwischen des beteiligten Leistungserbringern in der Regel Voraussetzung für die Teilnahme an der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sind. Auch nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) a. F. soll die Erbringung ambulanter Leistungen durch das Krankenhaus ergänzend neben die Leistungserbringung durch die niedergelassenen Vertragsärzte treten, diese aber nicht verdrängen. Daraus folgt, dass durch die Bestimmung des Krankenhauses zur ambulanten Leistungserbringung in dem vom den Regelungen in den [§ 116b Abs. 2 bis 6 SGB V](#) a. F. erfassten Leistungsspektrum die Möglichkeit einer wirtschaftlichen Existenz von entsprechend spezialisierten niedergelassenen Vertragsärzten im betroffenen Versorgungsgebiet nicht gefährdet bzw. wirtschaftlich unmöglich gemacht werden darf. Dies setzt eine auf diese Zielrichtung hin orientierte prognostische Betrachtung der für die Bestimmung zuständigen Behörde voraus. Daraus folgt dann auch die grundsätzliche Verpflichtung der zuständigen Behörde, sich ausreichende Grundlagen für die vorzunehmende prognostische Betrachtung zu verschaffen. Insofern lässt das im konkreten Fall der Bestimmung vorausgegangene Verwaltungsverfahren deutliche Mängel erkennen. Weder hat der Antragsgegner von sich aus die KV oder den Zulassungsausschuss mit einer bestimmten Fragestellung zur vertragsärztlichen Versorgungssituation eingeschaltet noch hat er die beiden betroffenen Gemeinschaftspraxen in H. angehört. Letztlich führen diese Defizite im Verwaltungsverfahren aber im konkreten Fall noch nicht zur Rechtswidrigkeit des Bestimmungsbescheides. Denn die in das Verwaltungsverfahren eingeführten Stellungnahmen der KV und der betroffenen Ärzte reichten aufgrund der Besonderheiten der Versorgungssituation im betroffenen Versorgungsgebiet als Grundlage für die dann von dem Antragsgegner auch vorgenommene prognostische Beurteilung aus. Der Antragsgegner ist insoweit überzeugend davon ausgegangen, es sei nicht (jedenfalls in der Regel nicht) zu erwarten, dass Patienten, die in der größeren Stadt H. lebten und behandelt würden, zur ambulanten Behandlung nach M. überwiesen werden wollten. Von dem potentiellen Einzugsbereich der in H. niedergelassenen auf dem Gebiet der Onkologie tätigen Fachärzte wird durch die Bestimmung des Klinikums der Beigeladenen zur ambulanten Behandlung nur ein kleinerer Bereich betroffen. Der Antragsgegner brauchte bei seinen Abwägungen nicht zu berücksichtigen, dass auch das Universitätsklinikum in H. einen Antrag nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) gestellt hatte. Eine Bestimmung dieses Klinikums - die nach den Erkenntnissen des Gerichts bis zum 31. Dezember 2011 nicht erfolgt ist und die nach der grundlegenden Neufassung des [§ 116b SGB V](#) nun auch nicht mehr möglich ist - könnte für die in H. ansässigen spezialisierten Praxen wesentlich gravierendere Auswirkungen haben, was bei einer Entscheidung im Verwaltungsverfahren auf den Antrag des Universitätsklinikums hin zu berücksichtigen gewesen wäre.

Es sind auch keine Tatsachen erkennbar, aus denen sich zur Überzeugung des Senats im Nachhinein die Unrichtigkeit der von dem Antragsgegner vorgenommenen Prognose zur Entwicklung der vertragsärztlichen Versorgungssituation nach der Bestimmung des Klinikums der Beigeladenen ergibt. Die Antragstellerin hat nicht überzeugend dargelegt, dass ihre privaten Interessen und das allgemeine Interesse an der Aufrechterhaltung der vertragsärztlichen Versorgung durch ihre Praxis ernsthaft gefährdet sind. Hierfür ergeben sich für den Senat auch keine Hinweise, die Anlass für weitere Nachfragen oder Ermittlungen von Amts wegen in diesem Verfahren geben. Die von der Antragstellerin in der Beschwerdebegründung genannten Zahlen zur Patientenentwicklung im Jahre 2011 und zu einem Rückgang der behandelten Chemotherapie-Patienten bezogen auf die Anzahl für alle Praxisärzte und speziell für PD Dr. R. lassen keine ernsthafte Bedrohung der wirtschaftlichen Existenz der Antragstellerin erkennen. Die vorgelegte "Überweiserstatistik" ergibt bezogen auf Überweisungen von Ärzten im unmittelbaren Einzugsbereich des Klinikums der Beigeladenen (B. D. , B. L. , M. , L.) einen Rückgang von 152 Überweisungen im 4. Quartal 2010 auf 121 im 4. Quartal 2011. Im Hinblick auf die von der Antragstellerin mitgeteilte Zahl von durchschnittlich 2.800 Patienten im Quartal lässt sich allein aus diesen Zahlen noch nicht auf einen wirtschaftlich relevanten Rückgang der Patientenzahlen schließen. Auch die mitgeteilte Entwicklung der Behandlungszahlen in der speziellen Chemotherapie, die mit der Kostenpauschale nach Ziffer 86515 der Onkologievereinbarung vergütet wird, belegt keine signifikanten Einbußen. Werden nur die absoluten Zahlen der behandelten Chemotherapie-Patienten von 162 im 4. Quartal 2010 zu 161 im 4. Quartal 2011 verglichen, so ergibt sich nur ein ganz geringer Rückgang. Der Senat hält es in diesem Zusammenhang nicht für ohne weiteres überzeugend, für den Vergleich die 33 im 4. Quartal 2011 von der Ärztin Dr. Sch. betreuten Behandlungsfälle unberücksichtigt zu lassen. Diese ist zwar erst im 2. Quartal 2011 in die Gemeinschaftspraxis eingetreten und behandelte bereits in diesem Quartal 27 von insgesamt 190 Chemotherapie-Patienten. Es kann aber nicht ohne weiteres angenommen werden, die nach dem Hinzutreten dieser Ärztin zunächst höheren Fallzahlen hätten sich ohne die "Konkurrenz" des Klinikums auf Dauer auf einem höheren Niveau bewegt. Zu beachten ist auch, dass die im 4. Quartal 2011 behandelte Anzahl von 161 Chemotherapie-Patienten bei gleichmäßiger Verteilung auf jeden der vier an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmenden Ärzte mit knapp über 40 noch deutlich über der für einen onkologisch-verantwortlichen Arzt erforderlichen Mindestzahl von 30 liegt. Die interne Verteilung der Patientenzahlen innerhalb der Ärzte der Antragstellerin kann nach Auffassung des Senats nicht als Argument für eine relevante Beeinträchtigung der Teilnahme an der spezialfachärztlichen ambulanten Versorgung ins Gewicht fallen.

Aus den vorgenannten Erwägungen folgt für den Senat auch, dass bei einer Interessenabwägung keine gravierenden Interessen der Antragstellerin ins Gewicht fallen. Entscheidend spricht bei einer Interessenabwägung für das Vollzugsinteresse nach Auffassung des Senats, dass durch die Möglichkeit zur spezialfachärztlichen ambulanten Behandlung im Klinikum der Beigeladenen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Verbesserung der Versorgungssituation und damit der Versorgungsqualität für versicherte Patientinnen im Einzugsgebiet des Klinikums der Beigeladenen erreicht worden ist. Nach Auffassung des erkennenden Senats kann insbesondere in Konstellationen, in den die aufschiebende Wirkung infolge des Widerspruchs oder der Klage eines oder mehrerer Dritter eingetreten ist, die Beachtung der Interessen weiterer Betroffener die Anordnung der sofortigen Vollziehung und somit eine Ausnahme von Regelfall der aufschiebenden Wirkung gebieten.

Betroffen sind dabei die Patienten, die vor einer ambulanten Behandlung in dem Klinikum der Beigeladenen stationär behandelt worden sind oder werden und bei denen nun noch bei der Diagnostik und weiteren Behandlung eine enge Abstimmung bezogen auf die verschiedenen Behandlungsphasen erforderlich ist. Auch die Antragstellerin hat für diese Patienten die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zwischen dem die stationäre Behandlung von Krebspatienten durchführenden Krankenhaus und den Ärzten betont, die danach die ambulante Behandlung übernehmen. Dies ist augenscheinlich in H. durch die Zusammenarbeit der Ärzte der Antragstellerin und der anderen ansässigen Gemeinschaftspraxis mit einem oder mehreren Krankenhäusern und den dortigen Fachabteilungen bereits gegeben. Nach den insofern nicht angezweifelte Feststellungen des Antragsgegners und den Ausführungen des Beigeladenen in dem Antrag auf Anordnung der sofortigen Vollziehung ist eine solche Kooperation in M. nicht gegeben, sondern erst anzustreben. Deshalb hält es der Senat für in hohem Maße plausibel, dass die Möglichkeit zur ambulanten Behandlung bzw. der ambulanten Weiterbehandlung in dem Klinikum im M. eine Verbesserung der Situation für die betroffenen Patienten tatsächlich erreicht worden ist. Die sinnvolle Kooperation zwischen dem Klinikum und den Gemeinschaftspraxen in H. wird nun auf der Basis des ab dem 1. Januar 2012 neugefassten [§ 116b SGB V](#) anzustreben sein. Der Senat hält es jedenfalls in dem anhängigen Eilverfahren nicht für geboten, auf eine Modifizierung des Bestimmungsbescheides in diesem Sinne hinzuwirken.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 und Abs. 3 VwGO](#). Eine Erstattung außergerichtlicher Kosten der Beigeladenen gemäß [§ 162 Abs. 3 VwGO](#) ist nicht veranlasst, weil diese im Verfahren keine Anträge gestellt hat.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§§ 47 Abs. 1](#) und 2, [52 Abs. 1](#) und 2 Gerichtskostengesetz. Der Streitwert ist nach dem sich aus dem Antrag der Beschwerdeführerin für sie ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Mangels näherer Anhaltspunkte - und der hierzu auch eingeschränkten Ermittlungsmöglichkeiten insbesondere im Eilverfahren - für das konkrete wirtschaftliche Interesse der Antragstellerin und Beschwerdeführerin ist der Streitwert bei Streitigkeiten über Angelegenheiten nach [§ 116b SGB V](#) ist bei vertragsärztlichen Zulassungsangelegenheiten mit 5.000 EUR je Quartal für einen Drei-Jahreszeitraum zu bewerten (BSG, Beschluss vom 29. September 2011 [B 1 KR 1/11 R](#) - zitiert nach juris). Von dem sich dabei ergebenden Wert von 60.000 EUR ist im Hinblick auf den nur vorläufigen Charakter der im Eilverfahren ergehenden Entscheidung eine Reduzierung auf 1/4 dieses Werts angemessen, so dass sich ein Streitwert für diesen Verfahren von 15.000 EUR ergibt.

Dieser Beschluss kann nicht mehr mit der Beschwerde angefochten werden ([§ 177 SGG](#) bzw. bezogen auf die Streitwertfestsetzung [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 68 Abs. 1 Satz 5](#), [§ 66 Abs. 3 Satz 3 GKG](#)).

Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2012-03-21