

S 12 KA 833/08

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 833/08

Datum
01.07.2009
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein Vertragsarzt, der seinen Vertragsarztsitz nicht im Planungsbereich der Belegarztstelle hat, kann eine Zulassung als Belegarzt nicht anfechten, unabhängig davon, ob er sich um die Belegarztstelle beworben hat.

Der Ausschreibungstext für eine Belegarztstelle darf nicht eine erhebliche Diskrepanz zur tatsächlichen Ausstattung des Krankenhauses ausweisen. Eine Belegarztstelle für einen Internisten mit Teilgebietsbezeichnung Kardiologie ist nicht ordnungsgemäß ausgeschrieben, wenn sie langjährige Erfahrung in der „invasiven Elektrophysiologie und bei allen gängigen Koronarinterventionen (inkl. Akut-PTCA)“ voraussetzt, ohne dass am Belegkrankenhaus ein Herzkatheter-Labor vorhanden ist.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die Gerichtskosten zu tragen und dem Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die belegärztliche Zulassung des Klägers als Internist mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie für den Vertragsarztsitz A-Stadt, A-Str., E-Kreis.

Der betroffene Planungsbereich E-Kreis ist wegen Überversorgung für die Fachgruppe der fachärztlich tätigen Internisten gesperrt. Die St.-KS.-Krankenhaus Betriebs-GmbH, D-Stadt/D-Kreis, schrieb ihr Angebot zum Abschluss eines Belegarztvertrages mit einem Internisten mit Teilgebietsbezeichnung Kardiologie in Heft 3/08 des Hessischen Ärzteblattes, erschienen am 25.02.2008, aus. Am 17.04.2008 teilte sie dem Kläger, der derzeit als Oberarzt im Stadtkrankenhaus XY-Stadt beschäftigt ist, mit, er könne die Belegarztstelle haben. Sie schloss mit dem Kläger einen Belegarztvertrag.

Der Kläger beantragte am 21.05.2008 (mit Schreiben vom 18.05.2008) die Zulassung gem. [§ 103 Abs. 7 SGB V](#) als Internist mit Schwerpunktbezeichnung Kardiologie als Belegarzt am St. KS. Krankenhaus in A-Stadt.

Der Geschäftsführer der St. KS. Krankenhaus-Betriebs GmbH, A-Stadt, teilte mit Schreiben vom 08.05.2008 mit, auf ihre Anzeige in der März-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes hin sei ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich der KV Hessen niedergelassenen Vertragsarzt für Innere Medizin — Teilgebiet Kardiologie — nicht zustande gekommen. Ergänzend teilte ein Vertreter des St. KS. Krankenhauses mit Schriftsatz vom 28.05.2008 mit, es sei beabsichtigt, dem Kläger z. Zt. leer stehende Räume im St. KS. Krankenhaus gegen eine monatliche Mietzahlung als Praxisräume zu überlassen.

Die zu 1) beigelegene Kassenärztliche Vereinigung Hessen teilte mit Schriftsatz vom 20.06.2008 mit, dass auf ihre schriftliche Anfrage hin eine Kardiologische Gemeinschaftspraxis aus C-Stadt mit insgesamt drei Ärzten mitgeteilt habe, an einer Belegarztstätigkeit im St. KS. Krankenhaus in A-Stadt interessiert zu sein. Ferner habe ein weiterer Kardiologe aus B-Stadt telefonisch mitgeteilt, dass er ebenfalls belegärztlich im St. KS. Krankenhaus in A-Stadt tätig werden könne. Im St. KS. Krankenhaus seien nach dem krankenhaushausplanerischen Feststellungsbescheid des Hessischen Sozialministeriums insgesamt 20 Betten für die Innere Medizin festgeschrieben. Die internistischen Betten würden sowohl kooperativ als auch mit fester Belegung bereits mit insgesamt 32 Betten genutzt; das hieße, dass die Bettenkapazität von insgesamt 20 Betten bereits durch die am Hause tätigen Internisten mit oder ohne Schwerpunkt (Nephrologie, Pneumologie, Gastroenterologie) ausgeschöpft werde. Insgesamt seien am St. KS. Krankenhaus acht Internisten als Belegärzte tätig. Im Planungsbereich F-Kreis seien insgesamt 13,5 Internisten, im Planungsbereich E-Kreis seien 26 Internisten sowohl auf dem ambulanten als auch stationären

Gebiet als Vertragsärzte tätig; der F-Kreis sei mit einem Versorgungsgrad von 183,92 % und der E-Kreis mit einem Versorgungsgrad von 350,88 % für Internisten gesperrt. Die Versorgung der internistisch/kardiologischen Klientel im nahen Einzugsbereich sei darüber hinaus durch die in umliegenden Kliniken tätigen internistisch/kardiologischen Belegärzte sichergestellt und die weitere Besetzung einer Belegarztstelle im Planungsbereich F-Kreis aus vertragsärztlicher Sicht nicht erforderlich. Des Weiteren gehe aus der Erklärung des Geschäftsführers des St. KS. Krankenhauses vom 08.05.2008 nicht hervor, aus welchen Gründen ein entsprechender Bedarf für einen zusätzlichen Kardiologen im Rahmen der Belegarztztätigkeit erforderlich sein solle. Es fänden sich somit keine Gründe dafür, zusätzlich noch einen Internisten und Kardiologen in einem gesperrten Gebiet zuzulassen, in welchem im F-Kreis bereits insgesamt vier Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie sowie im E-Kreis insgesamt neun Internisten mit Schwerpunkt Kardiologie niedergelassen seien, die im Übrigen die kardiologischen Leistungen insbesondere der Implantation und Nachsorge von Herzschrittmachern in ambulanten Operationszentren durchführten oder als Belegärzte in den Krankenhäusern die stationäre Versorgung sicherstellten. Aus den dargelegten Gründen hat die Kassenärztliche Vereinigung empfohlen, den Antrag auf belegärztliche Zulassung zurückzuweisen.

In der mündlichen Verhandlung des Zulassungsausschusses trug der Verfahrensbevollmächtigte des Klägers vor, im St. KS. Krankenhaus sei bisher kein Kardiologe tätig. Deshalb sei die Stelle eines Internisten mit Teilgebietsbezeichnung Kardiologie mit Erfahrung in der invasiven Elektrophysiologie und bei allen gängigen Koronarinterventionen sowie Routine in der eigenständigen Implantation und Nachsorge von Herzschrittmachern ausgeschrieben worden. Hierauf habe sich der Kläger beworben. Hinsichtlich der Bewerbung der kardiologischen Praxis Prof. Dr. C., C-Stadt, sei zu bemerken, dass diese keine Schrittmacher-Implantationen durchführe und deshalb mit ihrem Spektrum für die Übernahme der ausgeschriebenen Belegarztstelle nicht geeignet sei. Im Übrigen sei diese Praxis nicht im E-Kreis, sondern im F-Kreis angesiedelt. Eine Bewerbung eines Kardiologen aus B-Stadt liege jedenfalls schriftlich nicht vor. Zu der seitens der KVH bemängelten Anzahl der internistischen Betten trug er vor, dass die festgelegten Belegbetten kooperativ genutzt würden und die Belegung je nach Bedarf erfolge.

Der Zulassungsausschuss erteilte mit Beschluss vom 24.06.2008, am 18.07.2008 ausgefertigt und zur Post gegeben sowie der Beigeladenen zu 1) am 17.07.2008 zugestellt, dem Kläger die beantragte belegärztliche Zulassung mit Wirkung ab 01.07.2008. Sie wurde auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit befristet; gleichzeitig wurde die Festlegung getroffen, dass die Befristung bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen, spätestens nach Ablauf von 10 Jahren nach Zustellung des Zulassungsbescheides entfällt. Zur Begründung bezog sich der Zulassungsausschuss auf die Ausführungen des Verfahrensbevollmächtigten des Klägers.

Am 09.07.2008 legte die zu 9) beigeladene Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. C./Dr. D/Dr. E, mit Sitz in den Kliniken des PH., C-Straße, C-Stadt, Widerspruch eingelegt. Zur Begründung führte sie an, es sei unverständlich, dass ein weiterer Vertragsarztsitz genehmigt worden sei, obwohl ihrerseits die Bereitschaft erklärt worden sei, im St. KS. Krankenhaus in A-Stadt zusätzlich stationäre Patienten zu versorgen.

Der Kläger trug hierzu vor, die Beigeladene zu 9) habe ihren Sitz in einem anderen Planungsbereich; aus diesem Grund sei der Widerspruch unzulässig.

Am 18.08.2008 legte auch die Beigeladene zu 1) Widerspruch ein. Sie bezog sich hierbei auf die Überversorgung im Bereich der inneren Medizin in der Region sowie darauf, dass spezielle kardiologische Leistungen sowohl im St. KS. Krankenhaus A-Stadt wie auch in den umliegenden Krankenhäusern sichergestellt seien. Aufgrund des Schreibens des Geschäftsführers des Krankenhauses vom 08.05.2008 sei zu vermuten, dass hier die wirtschaftlichen Intentionen des Krankenhauses Vorrang vor der für die vertragsärztliche Versorgung maßgeblichen Bedarfsplanung hätten. Im Übrigen verwies die Kassenärztliche Vereinigung auf ihre bisherige Stellungnahme.

Unter Datum vom 11.09.2008 trug sie weiter vor, der durch die Beigeladene zu 9) eingelegte Widerspruch sei zulässig. Gem. [§ 103 Abs. 7 SGB V](#) könne ein Belegarztvertrag auch mit einem niedergelassenen Arzt abgeschlossen werden, der seinen Sitz nicht im Planungsbereich habe. Grundsätzlich erfolge der Abschluss von Belegarztverträgen zwischen einem Arzt und einem Krankenhaus unabhängig von der Bedarfsplanung. Somit könne grundsätzlich auch in einem Überversorgten Planungsbereich ein Belegarztvertrag mit einem noch nicht niedergelassenen Vertragsarzt abgeschlossen werden, soweit die in [§ 103 Abs. 7 SGB V](#) vorgegebenen Voraussetzungen eingehalten würden oder mit einem Arzt, der in einem anderen Planungsbereich niedergelassen sei. Insofern komme es für die Beurteilung, ob ein Drittwiderspruch von einem Facharztkollegen gegen eine Belegarztzulassung gemäß [§ 103 Abs. 7 SGB V](#) zulässig sei, nicht darauf an, ob dieser im Planungsbereich niedergelassen sei. Voraussetzung sei vielmehr, dass es sich bei dem Widersprechenden um einen Konkurrenten in dem Bewerbungsverfahren um den Belegarztvertrag handeln muss, welcher persönlich die Voraussetzungen für den Abschluss des Belegarztvertrages erfülle. Insofern sei [§ 103 Abs. 7 SGB V](#), soweit dieser auf den Planungsbereich verweise, nicht einschränkend dahingehend zu verstehen, dass Belegarztverträge mit anderen niedergelassenen Ärzten aus anderen Planungsbereichen nicht geschlossen werden könnten, sondern vielmehr, dass ein Abschluss eines Belegarztvertrages mit einem bislang noch nicht niedergelassenen Arzt und damit eine Belegarztzulassung überhaupt nur dann möglich sei, falls ein Belegarztvertrag mit einem niedergelassenen Vertragsarzt aus dem Planungsbereich nicht zustande komme. Beleg dafür sei insbesondere, dass eine Vielzahl von Belegarztverträgen zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten, die in anderen Planungsbereichen niedergelassen seien, bestünden. So gebe es nicht nur Belegarztverträge und dementsprechend Belegarztanerkennungen für Vertragsärzte, die in anderen Planungsbereichen niedergelassen seien, als in dem, in welchem sich das Belegarztkrankenhaus befinde, sondern es bestünden sogar KV-übergreifende Belegarztverträge, so z. B. mit im Zuständigkeitsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen niedergelassenen Ärzten und Belegkrankenhäusern in Rheinland-Pfalz. Da der Belegarztvertrag demzufolge auch mit dem Prof. C. von der Beigeladenen zu 9) hätte abgeschlossen werden können, sei dieser als Konkurrent und damit als Widerspruchsberechtigter anzusehen. Darüber hinaus sei darauf hinzuweisen, dass Herr Prof. C. seinen Vertragsarztsitz in der Kronbergerstr. 36, C-Stadt/D-Kreis innehabe. Damit befinde sich seine Praxis in dem Planungsbereich F-Kreis. Dieser Vertragsarztsitz befinde sich jedoch in unmittelbarer Nähe zu dem Belegkrankenhaus in A-Stadt, E-Kreis, da dieses nur ca. fünf Kilometer von dem Vertragsarztsitz des Widerspruchsführers entfernt sei. Da selbst in Zulassungsangelegenheiten, die ihre Grundlage in der Bedarfsplanung hätten und sich folglich auf die Versorgungssituation bezögen, nach der Rechtsprechung des BSG auch Konstellationen denkbar seien, in denen die Planungsbereichsgrenze überschritten werden könne, müsse dies fallbezogen erst recht gelten, da bei dem Abschluss von Belegarztverträgen die Bedarfsplanung außer Betracht bleibe und damit das Festhalten an der Planungsbereichsgrenze rein willkürlich wäre. Die eingelegten Widersprüche seien auch begründet. Zunächst sei darauf hinzuweisen, dass die vorgelegte Anzeige des Belegkrankenhauses St. KS. Krankenhaus in A-Stadt/D-Kreis in der März-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes veröffentlicht worden sei. Schon mit Schreiben vom 17. April 2008 sei durch die Geschäftsführung des St. KS. Krankenhauses, Herrn F, gegenüber Herrn Dr. A. bestätigt worden, dass dieser als Belegarzt ausgewählt worden sei. Insofern sei die Bewerbung von Herrn Prof. C. überhaupt nicht in den

Abwägungsprozess, welcher dem Belegkrankenhaus oblegen hätte, mit einbezogen worden. An dieser Stelle sei darauf hinzuweisen, dass ein bestandskräftiger Beschluss des Zulassungsausschusses über die Belegarztzulassung des Herrn Dr. A. noch nicht vorliege. Insofern seien alle Bewerbungen, die im Laufe des Verwaltungsverfahrens noch eingingen, auch noch zu berücksichtigen. Folglich könne auch die Bewerbung von Herrn Dr. G, niedergelassen G-Str., G-Stadt, G-Kreis, nicht mit der Begründung zurückgewiesen werden, dass dieser sich nicht auf die Ausschreibung der Belegarztstelle im März 2008 gemeldet habe. Insofern sei das durchzuführende Auswahlverfahren nicht befristet gewesen. Folglich sei die Bewerbung von Herrn Dr. G, welcher im gleichen Planungsbereich niedergelassen sei, auch zu berücksichtigen. Bisher sei von dem Belegkrankenhaus noch nicht vorgetragen worden, dass ernsthafte Bemühungen unternommen worden seien, mit Herrn Dr. G Vertragsverhandlungen für den Abschluss eines Belegarztvertrages aufzunehmen. Dies sei jedoch Voraussetzung für die Erteilung einer Belegarztzulassung an einen im Planungsbereich noch nicht niedergelassenen Vertragsarzt gemäß [§ 103 Abs. 7 SGB V](#). Soweit in dem Schreiben von Herrn Dr. A. vom 09. September 2008 auf die für die ausgeschriebene Belegarztstelle notwendige Spezialisierung des Belegarztes hingewiesen werde, sei zu erwähnen, dass sich diese Spezialisierung nicht aus der Ausschreibung des Belegkrankenhauses, welche im Hessischen Ärzteblatt veröffentlicht worden sei, entnehmen lasse. Durch den Zulassungsausschuss für Ärzte sei demnach nicht berücksichtigt worden, dass durch den Krankenhausträger die entsprechenden, vom Bundessozialgericht geforderten ernsthaften Verhandlungen mit niedergelassenen Vertragsärzten nicht durchgeführt worden seien und im Übrigen die angegebenen Kriterien, die für die Auswahlentscheidung maßgebend seien, nicht nachvollziehbar bzw. nicht rechtmäßig gewesen seien. Der Zulassungsausschuss für Ärzte hätte die Zulassung gem. [§ 103 Abs. 7 SGB V](#) deshalb nicht erteilen dürfen, da der Krankenhausträger der für ihn bestehenden Aufklärungspflicht insoweit nicht nachgekommen ist und in nicht ausreichender Weise substantiiert dargelegt habe, warum die anderen Bewerber für die Ausübung der Belegarztstätigkeit nicht geeignet sein sollten. Ferner sei die angegriffene Entscheidung des Zulassungsausschusses für Ärzte schon deshalb rechtswidrig, da tatsächlich keine ausreichende belegärztliche Tätigkeit ausgeübt bzw. beabsichtigt werde. Die belegärztliche Tätigkeit dürfe nämlich einen Mindestumfang nicht unterschreiten, weil ansonsten die Zulassungsbeschränkungen über die Belegarztzulassung gem. [§ 103 Abs. 7 SGB V](#) unterlaufen werden könnten. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts bestünden zumindest dann keine ernsthaften Zweifel an einer beabsichtigten belegärztlichen Tätigkeit, soweit durch den Belegarztvertrag dem Belegarzt mindestens 10 Belegbetten zur Verfügung gestellt werden (vgl. BSG vom 14. März 2001, Az: [B 6 KA 34/00 R](#)). Insofern sei vor Erteilung einer Belegarztzulassung gem. [§ 103 Abs. 7 SGB V](#) zu überprüfen, ob eine belegärztliche Tätigkeit tatsächlich beabsichtigt sei. Durch sie sei schon mit Schreiben gegenüber dem Zulassungsausschuss für Ärzte vom 20. Juni 2008 darauf hingewiesen worden, dass das betroffene Belegkrankenhaus in A-Stadt nach dem krankenhauplanerischen Feststellungsbescheid des Hessischen Sozialministeriums insgesamt über 20 Betten für innere Medizin verfüge. Diese internistischen Betten würden derzeit (ohne die hier streitgegenständliche Belegarztzulassung) sowohl kooperativ als auch mit fester Belegung bereits mit insgesamt 32 Betten genutzt. Insofern werde die Bettenkapazität von insgesamt 20 Betten bereits durch die derzeit am Hause tätigen acht Internisten ausgeschöpft. Hierzu werde die folgende Aufstellung überreicht.

Arzt Fachgebiet Bettenanzahl im Belegkrankenhaus St. KS., A-Stadt

Dr. M. H Innere Medizin 5
 Dr. H. I Innere Medizin 5
 Dr. S. J Innere Medizin 1
 Dr. K Innere Medizin 5
 Dr. L Innere Medizin 5
 Dr. M Innere Medizin 5
 Dr. N Innere Medizin 3
 Dr. O Innere Medizin 3

Da gemäß des Feststellungsbescheides des Ministeriums insgesamt 20 Betten für innere Medizin zur Verfügung stünden und diese insgesamt von derzeit schon 8 tätigen Belegärzten aus dem Fachbereich der Internisten betreut würden, ergebe sich eine rechnerische Bettenzahl von 2,5 für jeden derzeit am Krankenhaus tätigen Belegarzt. Dieses Ergebnis sinke rechnerisch zusätzlich, soweit ein weiterer Belegarzt an diesem Krankenhaus tätig werde. Damit sei davon auszugehen, dass Herr Dr. A. als Belegarzt rechnerisch 2,2 Belegbetten betreuen würde. Dies widerspreche jedoch deutlich der in der höchstrichterlichen Rechtsprechung verlangten ernsthaft gewollten belegärztlichen Tätigkeit, die deshalb gefordert werde, um die Umgehung von Zulassungsbeschränkungen zu verhindern. Berücksichtige man also, dass für Herrn Dr. A. ausschließlich eine Bettenzahl von ca. zwei verbleibe, werde dokumentiert, dass die Zulassungserteilung nicht für die Ausübung einer ernsthaft gewollten belegärztlichen Tätigkeit beabsichtigt sei. Gestützt werde diese Auffassung durch das Schreiben von Herrn Dr. A. vom 02. August 2008 an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, welches dem Schreiben in Kopie beigelegt gewesen sei. Darin trage dieser vor, dass er zunächst nur nichtinvasive kardiologische Leistungen und die Leistungserbringung auf dem Gebiet der internistischen und kardiologischen Untersuchungen mit EKG, Belastungs-EKG, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessungen, Ultraschalluntersuchungen usw. beabsichtige. Im Ergebnis bleibe festzuhalten, dass die getroffene Entscheidung des Zulassungsausschusses für Ärzte nicht den zu [§ 103 Abs. 7 SGB V](#) in der höchstrichterlichen Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen Rechnung trage.

Mit Schreiben vom 15.09.2008 äußerte sich die kardiologische Praxis Dres. G/P, B-Stadt, E-Kreis. Sie teilte mit, dass bezüglich einer Bewerbung auf die ausgeschriebene Belegarztstelle von Seiten der Praxis lediglich Telefonate geführt worden seien. Eine förmliche schriftliche Anfrage habe es nicht gegeben. Nachdem sich herausgestellt habe, dass das Krankenhaus über keinerlei Infrastruktur verfüge und nach den vorliegenden Informationen zukünftig auch nicht verfügen werde, um der Ausschreibung entsprechend Herzkatheteruntersuchungen, Schrittmacherimplantationen oder elektrophysiologische Untersuchungen durchführen zu können, sei die Bewerbung zunächst zurückgehalten worden, um zu klären, ob das Krankenhaus überhaupt berechtigt sei, aufgrund der fehlenden Infrastrukturausstattung eine kardiologische Belegabteilung mit invasivem Leistungsspektrum anzubieten. In der Gemeinschaftspraxis würden alle wichtigen invasiven und nichtinvasiven Leistungen im kardiologischen Bereich erbracht. Auch wenn sie von einem Bedarf nicht überzeugt sei, bestehe nach wie vor Interesse an der Besetzung der Belegarztstelle.

Die Beigeladene zu 9) führte vor dem Beklagten ergänzend aus, nach ihrer Recherche und einer entsprechenden Rücksprache mit dem dort tätigen Belegarzt Dr. Q. bestünde in dem Krankenhaus gar keine Möglichkeit für eine invasive Kardiologie. Die Region sei ohnehin sehr gut versorgt. Nach der Einschätzung seines Kollegen Dr. Q. aus dem Sankt KS. Krankenhaus bestehe allenfalls ein Bedarf von vier bis fünf Herzschrittmacherimplantationen pro Jahr, was keine Schaffung einer zusätzlichen Belegarztstelle rechtfertige. Im Übrigen sei sie der Ansicht, mit ihr seien nur Scheinverhandlungen geführt worden, da zum Zeitpunkt dieser Gespräche längst eine Entscheidung zu Gunsten

des Beteiligten Dr. A. gefällt worden sei.

Der Kläger erklärte, aus seiner Sicht bestehe sehr wohl ein Bedarf, es gebe keine Vorschrift, die eine Ausschreibung einer Belegarztstelle verbiete, wenn aus der Sicht des Krankenhauses ein solcher Bedarf gesehen werde. Im Übrigen sei die Belegarztzulassung gem. § 103 Abs. 7 gerade nicht bedarfsabhängig. Da in dem St. KS. Krankenhaus kein Herzkatheterlabor vorhanden sei und auch künftig die Einrichtung eines solchen nicht absehbar sei, beabsichtige er, sich auf kardiologische Tätigkeiten ohne Herzkatheterlabor zu beschränken. Für die Implantation von Herzschrittmachern und für die Durchführung der Herzrhythmus-Kardiologie sei die Existenz eines Herzkatheterlabors nicht erforderlich, hier reiche ein konventioneller Röntgen-C-Bogen aus. Er sei daher darauf eingerichtet, auch ohne Herzkatheterlabor einer Aufgabenstellung als Kardiologe nach zu kommen. Angesichts des kooperativen Belegarztsystems und der zwischenzeitlich eingetretenen Entwicklung zu einer wesentlich verkürzten Verweildauer in der stationären Behandlung sei für eine belegärztliche Tätigkeit nicht mehr ein Umfang von 10 Belegbetten erforderlich. Es bestehe zum Beispiel für in dem Krankenhaus versorgte Schwerstkranke ein kardiologischer Bedarf, den er abdecken wolle. Er wies in diesem Zusammenhang beispielgebend auf die Nephrologen in dem Krankenhaus hin. Er habe die Ausschreibung im Hessischen Ärzteblatt Ende Februar 2008 gesehen und sei selbst erstaunt gewesen, dass hier ein Kardiologe für invasive Kardiologie gesucht werde. Daraufhin habe er sich am 01. März 2008 beworben.

Der Beklagte gab mit Beschluss vom 17.09.2008, ausgefertigt am 30.10., den beiden Widersprüchen statt. Der Widerspruch der Beigeladenen zu 9) sei zulässig, auch wenn sich diese Praxis nicht im selben Planungsbereich wie das Krankenhaus, welches die Belegarztstelle ausgeschrieben habe und diese besetzen möchte, befinde. Angesichts der Tatsache, dass die Gemeinschaftspraxis sich ausdrücklich um die Belegarztstelle beworben habe und mit ihr auch tatsächlich diesbezüglich Gespräche geführt worden seien, sei die Gemeinschaftspraxis in dem gesamten Verfahren beteiligt worden, so dass sie aufgrund dieser Umstände schlüssig vortragen könne, möglicherweise durch die Entscheidung des Krankenhauses für den Beteiligten und den streitbefangenen Beschluss des Zulassungsausschusses in ihren Rechten verletzt zu sein. Die Widersprüche seien auch begründet. Ein Krankenhausträger dürfe einen Belegarztvertrag mit einem dort nicht bereits niedergelassenen Vertragsarzt nur abschließen, wenn sich in dem Planungsbereich kein Vertragsarzt für die Tätigkeit finde. Der Abschluss mit einem externen Bewerber sei subsidiär. Unerlässliche Voraussetzung für ernsthafte Verhandlungen sei ein transparentes, allen Bewerbern gegenüber gleiches Anforderungsprofil der konkreten belegärztlichen Tätigkeit in qualitativer wie quantitativer Hinsicht sowie die Angabe von Kriterien für die Auswahlentscheidung. Selbst wenn der Krankenhausträger von vornherein einen bestimmten externen Bewerber favorisiere, sei er gehalten, mit den interessierten, im Planungsbereich niedergelassenen Ärzten die Chancen einer Zusammenarbeit zu prüfen. Ferner sei es erforderlich, dass die intendierte belegärztliche Tätigkeit einen Mindestumfang nicht unterschreite, weil anderenfalls die Zulassungsbeschränkungen unterlaufen werden könnten. Bei zehn Belegbetten bestehe nach der Auffassung des Bundessozialgerichts kein Zweifel daran, dass tatsächlich eine belegärztliche Tätigkeit ausgeübt werde. Nach der sonstigen obergerichtlichen Rechtsprechung lasse sich aus den Vorgaben des Gesetzes keinerlei zahlenmäßige Begrenzung auf eine bestimmte Anzahl Belegbetten entnehmen, allerdings bestehe eine Berechtigung der Zulassungsgremien zu überprüfen, ob eine belegärztliche Tätigkeit überhaupt beabsichtigt sei. Gemessen an diesen Anforderungen erscheine das durchgeführte Stellenbesetzungsverfahren mit Mängeln behaftet. Nach der Anzeige werde ein Internist mit Teilgebietsbezeichnung Kardiologie gesucht, der neben langjähriger Erfahrung in der invasiven Elektrophysiologie und bei allen gängigen Koronarinterventionen (inkl. Akut-PTCA) Routine in der eigenständigen Implantation und Nachsorge von Herzschrittmachern aufweise. Diese gewählte Formulierung sei missverständlich und damit nicht hinreichend transparent. Jeder mit den örtlichen Verhältnissen nicht sehr gut vertrauter Leser gehe bei der Lektüre dieses Textes davon aus, dass ein Herzkatheterlabor in dem betreffenden Krankenhaus entweder vorhanden sei oder aber die Einrichtung eines solchen in nächster Zeit anstehe. Beides sei nach dem Ergebnis der mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsausschuss nicht der Fall. Somit erscheine es auch denkbar, dass ein Bewerber, der durchaus in der Lage sei, kardiologische Tätigkeiten in dem tatsächlich geforderten Umfang (also ohne die Nutzung eines Herzkatheterlabors) zu erbringen, von einer Bewerbung abgehalten werde, weil er von höheren Qualifikationsanforderungen ausgehe. Insgesamt sei damit festzustellen, dass das tatsächlich geforderte Anforderungsprofil der konkreten belegärztlichen Tätigkeit nicht mit den in der Stellenanzeige geforderten Qualifikationsvoraussetzungen übereinstimme. Damit liege ein transparentes Auswahlverfahren nicht vor, weil aufgrund der in der Anzeige gefundenen Formulierungen nicht der vollständige Kreis der potentiell infrage kommenden Ärzte angesprochen werde, weil höhere Voraussetzungen gefordert würden als tatsächlich erforderlich seien. Aus den dargestellten Gründen spreche viel für die Vermutung, dass das Auswahlverfahren von vornherein in der Weise gesteuert worden sei, dass letztendlich nur die Bewerbung des Beteiligten Dr. A. in Betracht komme. Hierfür spreche auch die Tatsache, dass der Beteiligte Dr. A. sich unmittelbar nach dem Erscheinen der Anzeige am 01.03.2008 bereits beworben und wenige Wochen später unter dem 17.04.2008 die Bestätigung des Krankenhausträgers über den Abschluss eines Belegarztvertrages erhalten habe. Damit seien die Anforderungen an ein transparentes ergebnisoffenes Auswahlverfahren nicht gegeben. Bereits diese Feststellung führe zu einer Rechtswidrigkeit der vom Zulassungsausschuss vorgenommenen Belegarztzulassung. Ein weiterer Mangel des Auswahlverfahrens bestehe darin, dass nicht transparent geworden sei, aus welchen Gründen die Bewerbung der Beigeladenen zu 9) gescheitert sei. Hierzu habe das Krankenhaus mit Schreiben vom 09.09.2008 nachträglich mitgeteilt, dass aus seiner Sicht die Qualifikationen des vorgeschlagenen Partners Dr. Q nicht denjenigen des Klägers entsprächen. Nicht dargelegt worden sei hingegen, ob und inwieweit weitergehende Verhandlungen mit der Gemeinschaftspraxis stattgefunden hätten, diesen aus der Sicht des Krankenhausträgers bestehenden Mangel zu beheben oder auszugleichen. Dies gelte umso mehr, als Ausschreibungsprofil und tatsächliches Anforderungsprofil im vorliegenden Fall nicht identisch seien. Im Übrigen sei darauf hinzuweisen, dass alle diesbezüglichen Prüfungen und Feststellungen zu einem Zeitpunkt erfolgt sein sollen, zu welchem dem Kläger bereits eine Zusage erteilt worden sei. Nach den eigenen Angaben des Krankenhausträgers hätten die Besprechungen über die Bewerbung im Juli 2008 stattgefunden, während dem Kläger bereits im April ein Vertragsabschluss zugesagt worden sei. Eine ernsthafte Prüfung der Bewerbung habe danach nicht stattgefunden, obwohl sie aus folgenden Gründen erforderlich gewesen wäre: Der Sitz der Beigeladenen zu 9) befinde sich zwar nicht im identischen Planungsbereich wie derjenige des Krankenhausträgers. Allerdings sei hervorzuheben, dass die gesamte, sich über mehrere Planungsbereiche erstreckende Region kardiologisch sehr gut versorgt sei und die tatsächliche Entfernung zwischen dem der Beigeladenen zu 9) und dem Krankenhaus wesentlich geringer sei, als oftmals in größeren Planungsbereichen festzustellen. Da die Beigeladene zu 9) über reguläre vertragsärztliche Zulassungen verfüge und eine große räumliche Nähe zu ihr bestehe, wären entsprechende Verhandlungen über die Wahrnehmung der belegärztlichen Tätigkeit aus der Sicht der Bedarfsplanung näher liegend als die Schaffung eines neuen zusätzlichen Vertragsarztsitzes. Insofern dürfte der erhobene Vorwurf der Scheinverhandlungen nicht völlig von der Hand zu weisen sein. Insgesamt erweise sich somit nicht nur das Ausschreibungs- sondern auch das Auswahlverfahren als fehlerhaft. Schließlich sei noch darauf hinzuweisen, dass der Umfang der intendierten belegärztlichen Tätigkeit des Klägers nicht den Umfang aufweise, der für die Anerkennung einer tatsächlichen belegärztlichen Tätigkeit erforderlich sei. Es könne dahingestellt bleiben, ob und inwieweit die vom Bundessozialgericht genannte Anzahl von zehn Belegarztbetten heute noch für die Anerkennung einer belegärztlichen Tätigkeit zu fordern seien. Angesichts der seither ständig gefallenen Verweildauer in der stationären

Versorgung und dem Ausbau der ambulanten Versorgungsmöglichkeiten könnte hier durchaus in Betracht kommen, eine echte belegärztliche Tätigkeit auch dann anzuerkennen, wenn die Anzahl von 10 Belegbetten nicht erreicht werde. Auch angesichts des Trends zu einer kooperativen Nutzung von Belegbetten könne in Betracht gezogen werden, eine geringere Zahl von Betten als ausreichend anzusehen. Allerdings müsse feststehen, dass ein nennenswerter Umfang von belegärztlicher Tätigkeit erreicht werde. Es könne dahingestellt bleiben, bei welcher Bettenanzahl eine Grenze zu ziehen sei, da im vorliegenden Fall eine solche Grenze mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit unterschritten sei. Angesichts der Tatsache, dass beim Krankenhausträger 20 internistische Betten bereits jetzt von acht Belegärzten belegt würden und beim Hinzutreten der belegärztlichen Zulassung des Beteiligten damit eine statistische Zahl von 2,2 Belegbetten für den Kläger zur Verfügung stünde, müsse festgestellt werden, dass eine belegärztliche Tätigkeit in ausreichendem Umfang nicht intendiert sei. Aus den dargelegten Gründen müsse festgestellt werden, dass das vorliegende Verfahren wegen einer nicht ausreichenden Transparenz des Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens sowie der nicht ausreichenden Zahl der zur Verfügung stehenden Belegbetten in hohem Maße fehlerhaft sei.

Hiergegen hat der Kläger am 27.11.2008 die Klage erhoben. Er trägt ergänzend zu seinem Vorbringen im Verwaltungsverfahren vor, die Beigeladene zu 9) habe mit dem Krankenhaus keine konkreten Verhandlungen geführt. Vielmehr sei im Rahmen eines gemeinsamen Gesprächs, als es schließlich um die konkrete Ausgestaltung der Belegarztstätigkeit gegangen sei, von ihr als Bewerber um die ausgeschriebene Belegarztstelle Dr. Q vorgeschlagen worden. Der Geschäftsführer des Krankenhauses habe ein ausführliches persönliches Gespräch mit Herrn Dr. Q geführt und daraufhin entschieden, dass es bei der bisherigen Auswahl verbleiben solle. Dies habe das Krankenhaus mit Schreiben vom 25.07.2008 Herrn Dr. Q mitgeteilt. Herr Dr. Q sei nicht mehr bei der Beigeladenen zu 9) tätig, so dass er als Belegarzt nicht in Betracht komme. Die übrigen Ärzte der Beigeladenen zu 9) führten Schrittmacherimplantationen und elektrophysiologische Untersuchungen nicht durch, so dass sie als Belegärzte gar nicht in Betracht kämen. Außerdem sei es höchst zweifelhaft, ob Prof. Dr. C. als gleichzeitiger Chefarzt eines A-Krankenhauses sinnvoll einer Belegarztstätigkeit an einem anderen Krankenhaus nachgehen könne. Für die Implantation eines Schrittmachers sowie für die Durchführung von elektrophysiologischen Untersuchungen und Herzkathetern bestehe im E-Kreis sehr wohl ein Bedarf. Derartige Leistungen würden im weiter entfernten FA. bzw. AE. erbracht werden. Für eine wohnortnahe Versorgung bestehe ein entsprechender Bedarf. Der Ausschreibungstext sei weder missverständlich noch gar intransparent gewesen. Das Belegkrankenhaus habe nie den Eindruck erweckt, es stünde ein Herzkatheterlabor zur Verfügung. Die Ausschreibung habe vielmehr auf die Einrichtung eines Herzkatheterlabors abgezielt, wobei es Sache des Belegarztvertrages sei, über die Art der Investitionen und die Kostenaufteilung Einigkeit zu erzielen. Er habe, da er an einer Niederlassung interessiert gewesen sei, sofort nach Erscheinen der Anzeige reagiert. Das Verfahren sei nicht in irgendeiner Weise gesteuert gewesen. Auch das Belegkrankenhaus sei an einer zügigen Besetzung interessiert. Es habe aber auch mit der Beigeladenen zu 9) das Gespräch gesucht und die Bewerbung überprüft. Die Berechnung der Belegbetten sei unzutreffend. Die Betten würden kooperativ unter den einzelnen Belegärzten genutzt werden. Auch sei zu berücksichtigen, dass die Liegedauer deutlich zurückgegangen sei. Es gebe auch kaum noch einen Belegarzt, der als Kardiologe kontinuierlich zwei oder drei Belegbetten nutze. In den meisten Fällen seien es kardiologische Gemeinschaftspraxen, die über Belegbetten verfügten. Die "Auslastung" sei sehr unterschiedlich. Die Beigeladene zu 9) sei in ihren subjektiven Rechten nicht betroffen. Sie habe weder einen Antrag auf Zulassung gestellt noch einen Belegarztvertrag unterzeichnet. Die bloße Kunde, es bestünde ein Interesse an einem Belegarztvertrag, begründe kein subjektives Recht. Es sei Sache des Krankenhauses zu prüfen, ob eine bestimmte medizinische Fachrichtung belegärztlich vertreten sein soll oder nicht. Sehr vorsichtig geschätzt fielen im E-Kreis pro Jahr mindestens 800 Herzkatheter an, von denen 400 stationär zu behandeln seien. Diese stationäre Behandlung dauere ein bis zwei Tage. Man könne sicherlich schätzen, dass pro Jahr 50 Schrittmacher implantiert würden. Die Röntgenanlage (C-Bogen) und der OP seien vorhanden. Eine elektrophysiologische Messeinheit würde von der Klinik und ihm sofort angeschafft werden, sobald er seine Tätigkeit dort aufnehmen könne. Die Verweildauer für die invasiven kardiologischen Prozeduren betrage durchschnittlich ein bis zwei Tage. Dies ergebe auf ein Jahr bei 2,2 Betten hochgerechnet 450 bis 600 solcher Prozeduren allein im stationären Sektor. Dies sei für einen invasiv-kardiologisch belegärztlich tätigen Kardiologen eine erhebliche belegärztliche Tätigkeit. Zahlreiche Belegärzte in Hessen rechneten weit weniger belegärztliche Leistungen ab und kämen somit mit 0,5 Betten oder gar noch weniger aus. Der Belegarztvertrag sei am 28.07.2008 ausgefertigt und unterzeichnet worden. Ihm stünden fünf Betten zur Verfügung. Die Klinik sei so ausgestattet, dass die Voraussetzungen für die Implantation von Herzschrittmachern vorlägen und elektrophysiologische Untersuchungen durchgeführt werden könnten. Nach seiner Zulassung wolle die Klinik einen Herzkathetermessplatz einrichten. Dieser müsse nicht rund um die Uhr besetzt werden. Er erfülle die Qualifikationsvoraussetzungen hierfür.

Der Kläger beantragt,
den Beschluss des Beklagten vom 17.09.2008 aufzuheben und die Widersprüche des Beigeladenen zu 9) sowie der Beigeladenen zu 1) gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses vom 24.06.2008 zurückzuweisen.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er verweist auf seine Ausführungen im angefochtenen Beschluss und trägt ergänzend vor, für die Annahme der Widerspruchsbefugnis komme es allein auf die Möglichkeit der Verletzung eines subjektiven öffentlichen Rechts an. Dass der in Betracht kommende Kandidat nicht mehr in der beigeladenen Gemeinschaftspraxis arbeite, führe nicht dazu, dass es an einer Selbstbetroffenheit dieser Gemeinschaftspraxis fehle. § 39 Abs. 4 Nr. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte verbiete keineswegs, neben einer Tätigkeit als Chefarzt und Vertragsarzt eine weitere Belegarztstätigkeit auszuüben. Es müsse lediglich sichergestellt werden, dass die ordnungsgemäße stationäre Versorgung der belegärztlich versorgten Patienten sichergestellt sei. Es sei im Übrigen während des gesamten Verfahrens klar gewesen, dass ggf. die belegärztliche Tätigkeit am St. KS. Krankenhaus durch ein Mitglied der Beigeladenen zu 9) hätte ausgefüllt werden sollen. Die Zulässigkeit des Widerspruchs der Beigeladenen zu 9) spiele letztlich keine Rolle, da jedenfalls der Widerspruch der Beigeladenen zu 1) zulässig sei. Allein der Verweis auf die Notwendigkeit der Durchführung von elektrophysiologischen Untersuchungen und Herzkathetern an einem Krankenhaus, in welchem diese Leistungen noch nie erbracht worden seien, würde den Mindestanforderungen an Plausibilität und Nachvollziehbarkeit nicht gerecht. Auch soweit ein Bedarf bestehe, folge hieraus nicht zwingend, dass diese kardiologischen Leistungen in dem betreffenden Krankenhaus selbst erbracht werden müssten. Wenn er auch nicht verkenne, dass eine Bedarfsprüfung nicht stattfinde, so habe er dennoch die Pflicht, die Argumentation des Belegkrankenhauses zur Notwendigkeit der Schaffung einer zusätzlichen Belegarztstelle auf ihre Schlüssigkeit und Plausibilität hin zu prüfen. Es müsse auch überprüfbar sein, ob tatsächlich eine echte Belegarztfunktion angestrebt werde oder ob lediglich unter dem Vorwand der Notwendigkeit einer kardiologischen Behandlung eine zusätzliche Arztstelle geschaffen werden solle. Seine Entscheidung habe er wesentlich darauf gestützt, dass das vorgenommene Ausschreibungsverfahren nicht hinreichend transparent gewesen sei. Die Hochrechnung des Klägers auf notwendige 800

Herzkatheteruntersuchungen und 50 Schrittmacher-Implantationen im E-Kreis unterstelle, dass anderweitige Versorgungsmöglichkeiten dieser Art nicht vorhanden seien. Dies sei bekanntermaßen unzutreffend. Zu der eigentlichen Problematik, dass es im Belegkrankenhaus bislang kein Herzkatheterlabor gegeben habe und bis heute kein solches geschaffen worden sei, äußere sich der Kläger nicht. Die bezüglich der zur Verfügung stehenden Bettenzahl vorgenommenen Beispielrechnungen seien rein spekulativer Natur. Die Beispielrechnungen unterstellen zunächst die Möglichkeit invasiver kardiologischer Prozeduren, die bislang nicht gegeben sei. Angesichts der Vielzahl der weiteren internistischen Belegärzte in dem Belegkrankenhaus sei davon auszugehen, dass der Kläger als Belegarzt nicht in hinreichender Weise auch belegärztlich tätig werden könne. Es sei überhaupt nicht mehr nachvollziehbar, wie die nach dem Feststellungsbescheid des Hessischen Sozialministeriums vorhandenen 20 Belegbetten für Innere Medizin auf den Kläger mit fünf Betten und acht weitere Internisten mit dann noch verbleibenden 15 Betten verteilt werden sollen. Rechnerisch falle damit die den weiteren am Hause tätigen internistischen Belegärzten zur Verfügung stehende Bettenzahl - auch bei Anwendung des so genannten Kollegialsystems - auf weniger als zwei Betten pro Belegarzt. Ein voll funktionsfähiger Operationssaal inklusive einer Röntgendurchleuchtungsanlage sei in vielen Krankenhäusern vorhanden, ohne dass diese hieraus den Anspruch zur Durchführung invasiver Kardiologie ableiteten. Dasselbe gelte für den gesonderten Eingang des geplanten Herzkathetermessplatzes. Ihm sei aus anderen ähnlich gelagerten Verfahren bekannt, dass in Hessen die Bereitschaft größerer kardiologisch tätiger Einrichtungen besteht, die Finanzierung solcher Herzkathetermessplätze an kleinen Kliniken zu finanzieren. Für die Entscheidung des vorliegenden Rechtsstreits ergebe sich aus dieser Finanzierungsbereitschaft nichts.

Die Beigeladene zu 1) hat schriftsätzlich beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf die Ausführungen des Beklagten und trägt weiter vor, in Hessen gebe es 39 Kardiologen, die belegärztlich tätig seien. Rechnerisch bestünden Belegarztverträge mit acht Internisten über 29 Betten, während das Krankenhaus für die Fachabteilung Innere Medizin über 20 Belegbetten verfüge. Bereits aus diesem Grund könne der Kläger nicht zugelassen werden. Sie hat eine Liste mit der Zahl der Belegbetten in Hessen sowie den Feststellungsbescheid des Hessischen Sozialministeriums vom 29.12.2000 vorgelegt.

Die Beigeladenen zu 2) bis 8) haben keinen Antrag gestellt und sich schriftsätzlich nicht zum Verfahren geäußert.

Die Beigeladene zu 9) sieht eine ausreichende, besonders kardiologisch invasive/interventionelle Versorgung im benachbarten C-Stadt. Die zur Versorgung von Herzinfarkt-Patienten erforderlichen Mindestzahlen seien nicht erreichbar. Notwendig seien auch drei erfahrene Operateure, um einen 24-Stundendienst zu gewährleisten. Der Kläger habe auch nicht die erforderliche Zahl von Operationen erbracht.

Die Beigeladene zu 9) hat ebf. keinen Antrag gestellt.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 27.11.2008 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit je einem Vertreter der Vertragsärzte und Psychotherapeuten sowie der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)). Die Kammer konnte trotz Abwesenheit der Beigeladenen zu 1) und 8) verhandeln und entscheiden, weil diese ordnungsgemäß geladen und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind ([§ 110 Abs. 1 SGG](#)).

Die zulässige Klage ist unbegründet. Der Beschluss des Beklagten vom 17.09.2008 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, dass der Beklagte die Widersprüche des Beigeladenen zu 9) sowie der Beigeladenen zu 1) gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses vom 24.06.2008 zurückweist.

Der Beschluss des Beklagten vom 17.09.2008 ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Soweit der Beklagte dem Widerspruch der Beigeladenen zu 1) stattgegeben und den Beschluss des Zulassungsausschusses vom 24.06.2008 aufgehoben hat, ist der Beschluss des Beklagten vom 17.09.2008 rechtmäßig.

Soweit der Beklagte auch dem Widerspruch der Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. C. und Partner stattgegeben hat, hält die Kammer dies allerdings für rechtswidrig. Die Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. C. und Partner hat ihren Praxissitz nicht im Planungsbereich E-Kreis, sondern im Planungsbereich F-Kreis.

Das Bundessozialgericht hat hinsichtlich einer Sonderbedarfszulassung wegen einer belegärztlichen Tätigkeit in überversorgten Planungsbereichen ([§ 103 Abs. 7 SGB V](#)) bisher eine generelle Anfechtungsbefugnis der niedergelassenen Ärzte verneint, sie aber denjenigen Ärzten eingeräumt, die sich auf die Ausschreibung hin beworben oder - wenn die Ausschreibung nicht in der gebotenen Form erfolgt ist - sonst unmissverständlich gegenüber dem Krankenhausträger ihr Interesse an der belegärztlichen Tätigkeit kundgetan haben, soweit sie geltend gemacht haben, die vom Krankenhaus ausgeschriebene belegärztliche Tätigkeit ausüben zu können und nach seiner Beurteilung zu Unrecht beim Abschluss eines Belegarztvertrages übergangen worden zu sein (vgl. BSG, Urt. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 34/00 R - BSGE 88, 6 = SozR 3-2500 § 103 Nr. 6](#), zitiert nach juris, Rdnr. 35). Weitere Voraussetzung hierfür ist aber, dass der interessierte Vertragsarzt seinen Praxissitz im Planungsbereich des Belegkrankenhauses hat (vgl. BSG, Urt. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 34/00 R](#) - aaO., Rdnr. 36). Dies entspricht der Vorgabe des [§ 103 Abs. 7 SGB V](#), der in Satz 2 ausdrücklich einen Vorrang nur den im Planungsbereich niedergelassenen Ärzten einräumt. Soweit sich weitere Ärzte, auch in anderen Planungsbereichen niedergelassene Vertragsärzte um den Belegarztvertrag bewerben, räumt das Gesetz ihnen keine bevorzugte Stellung ein. Es besteht insoweit allein Vertragsfreiheit zwischen ihnen und dem Krankenhaus. Scheitert der Belegarztvertrag, so ist ausschließlich der Zivilrechtsweg eröffnet. Weder kommt den Zulassungsgremien noch den Gerichten eine Kontrollbefugnis zu, aus welchen Gründen der Belegarztvertrag gescheitert ist. Nicht im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzten fehlt es an einer Widerspruchs- bzw. Klagebefugnis, unabhängig davon, ob sie sich um den Abschluss eines Belegarztvertrages beworben haben.

Soweit das Bundesverfassungsgericht zunächst eine Klagebefugnis eines Krankenhauses, das nicht in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen wurde, als konkurrierender Bewerber gegen die Planaufnahme eines anderen Krankenhauses bejaht (vgl. BVerfG, Beschl. v. 14.01.2004 - [1 BvR 506/03](#) - [GesR 2004, 85](#) = [NZS 2004, 199](#)) und in einer weiteren Entscheidung bzgl. der Anfechtung einer Ermächtigung eines Krankenhausarztes betont hat, eine defensive Konkurrentenklage ausschließlich bei besonders schweren materiellen Mängeln der Begründetheit einer angefochtenen Ermächtigungsentscheidung zuzulassen, werde der Bedeutung und Tragweite der Berufsfreiheit nicht gerecht, folgt hieraus nicht, dass nunmehr auch niedergelassene Vertragsärzte generell gegen eine Zulassung nach [§ 107 Abs. 4 SGB V](#) vorgehen können bzw. eine unmittelbare Rechtsbeeinträchtigung anzunehmen ist. Das Bundesverfassungsgericht führt in seiner Entscheidung bzgl. der Ermächtigung aus, dem in [§ 116 Satz 2 SGB V](#) und § 31a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV gesetzlich angeordneten Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte komme im Lichte dieses Grundrechts vor dem Hintergrund restriktiver Bedarfsplanung und limitierter Gesamtvergütungen auch drittschützende Wirkung in dem Sinne zu, dass diese Ärzte befugt seien, Krankenhausärzte begünstigende Ermächtigungsentscheidungen gerichtlich anzufechten. Solange gerichtlicher Rechtsschutz nur auf Willkürkontrolle beschränkt sei, bleibe ein Sektor der Berufsausübungsfreiheit ohne Überprüfung. Während der Krankenhausarzt gegen die Versagung einer Ermächtigung klagen könne, könne der niedergelassene Arzt bislang nicht gerichtlich überprüfen lassen, ob durch die Erteilung von Ermächtigungen zu seinen Lasten ein Überangebot entstehe. Die Zulassungsbeschränkungen und die Deckelung der Gesamtvergütung hätten das System des Vertragsarztrechts spätestens seit dem Gesundheitsstrukturgesetz verändert. Dem Aspekt einer quantitativ begrenzten Konkurrenz komme für die Berufsausübung des einzelnen Vertragsarztes wegen der budgetierten Gesamtvergütung wachsende Bedeutung zu. Die Möglichkeit einer Grundrechtsverletzung erfordere die Befugnis des Grundrechtsträgers, die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben für die Erteilung einer Ermächtigung zur gerichtlichen Überprüfung zu stellen. Die Einbindung der Vertragsärzte in das System der gesetzlichen Krankenversicherung, das ihnen einen Vorrang gegenüber anderen Ärzten garantiere, korreliere mit dem Anspruch auf Rechtsschutz bei Vernachlässigung der gesetzgeberischen Entscheidung durch die Zulassungsgremien. Die verfahrensmäßige Absicherung des Grundrechtsschutzes setze nicht erst bei Willkür ein (vgl. BVerfG, Beschl. v. 17.08.2004 - [1 BvR 378/00](#) - [SozR 4-1500 § 54 Nr. 4](#), juris Rdnr. 15 ff.; zur Kritik s. Hänlein, jurisPR-SozR 45/2004 Anm. 1 (unter E); Nix, SGB 2005, S. 63 f.). Das Bundessozialgericht hat nunmehr nach Zurückverweisung klargestellt, der Vertragsarzt, der im selben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen anbiete, müsse Ermächtigungen für Krankenhausärzte derselben Fachrichtung und Qualifizierung anfechten können, wenn diese seine Erwerbsmöglichkeiten einschränken; wenn die Ermächtigungen nicht durch das Ziel der Sicherstellung der Versorgung gerechtfertigt seien, d. h., wenn die erforderliche Versorgungslücke nicht gegeben sei -, werde der Vertragsarzt in seinem Grundrecht aus [Art 12 Abs. 1 GG](#) verletzt (vgl. BSG, Urte. v. 28.09.2005 - [B 6 KA 70/04 R](#) - [GesR 2006, 15](#) = [ZMGR 2005, 321](#), juris Rdnr. 13; zu den Voraussetzungen im Einzelnen s. BSG, Urte. v. 17.10.2007 - [B 6 KA 42/06 R](#) - [BSGE 99, 145](#) = [SozR 4-2500 § 116 Nr. 4](#) = [USK 2007-88](#) = [Breith 2008, 748](#) = [ZMGR 2008, 262](#), juris Rdnr. 22 ff.). Die Anfechtungsberechtigung eines Vertragsarztes, der im Wege der defensiven Konkurrentenklage gegen den einen anderen (Vertrags-)Arzt erteilten Verwaltungsakt vorgeht, erfordert, dass dieser dem Konkurrenten die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung eröffnet und dass der hierdurch vermittelte Status gegenüber dem des Klägers nachrangig im Sinne noch nicht gedeckten Versorgungsbedarfs ist, ferner, dass Kläger und Konkurrent im selben räumlichen Bereich die gleichen Leistungen erbringen dürfen. So kann ein Vertragsarzt nicht die Dialysegenehmigung eines Konkurrenten anfechten, da es an einer drittschützenden Wirkung als Voraussetzung für die Anfechtungsbefugnis im Fall defensiver Konkurrentenklagen fehlt. (vgl. BSG, Urte. v. 07.02.2007 - [B 6 KA 8/06 R](#) - [SozR 4-1500 § 54 Nr. 10](#) = [BSGE 98, 98](#) = [GesR 2007, 369](#) = [MedR 2007, 499](#) = [ZMGR 2007, 86](#) = [NZS 2008, 105](#), juris Rdnr. 15 ff.)

Für den Bereich der Zulassung aufgrund belegärztlicher Tätigkeit fehlt es aber an einer den Ermächtigungen entsprechenden gesetzlichen Ausgestaltung. [§ 103 Abs. 7 SGB V](#) sieht gerade keine zusätzlich Bedarfsprüfung vor. Allein die Möglichkeit einer mittelbaren Auswirkung aufgrund des Honorarverteilungsmechanismus, wonach bei einer begrenzten Gesamtvergütung jeder weitere Leistungserbringer die Vergütung der übrigen senken kann, reicht nicht aus. Wenn auch die ambulante Tätigkeit bei dem Belegarzt im Vordergrund stehen muss, so werden aber niedergelassene Ärzte, die sich nicht um den Abschluss des Belegarztvertrages beworben haben, nicht unmittelbar in ihrem Tätigkeitsbereich betroffen. Allein die Reflexwirkung der Zulassung eines weiteren Vertragsarztes begründet noch keine potentielle Grundrechtsverletzung. Von daher ist bzgl. einer Widerspruchs- und Klagebefugnis hinsichtlich einer Sonderbedarfszulassung wegen einer belegärztlichen Tätigkeit in überversorgten Planungsbereichen ([§ 103 Abs. 7 SGB V](#)) an der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts festzuhalten. Von daher fehlt es bei einer sog. defensiven Konkurrentenklage an einer Widerspruchs- bzw. Klagebefugnis (vgl. bereits SG Marburg, Beschl. vom 18.12.2006 - [S 12 KA 1041/06 ER](#) -; SG Marburg, Beschl. vom 22.03.2007 - [S 12 KA 80/07 ER](#) -, beide <http://www.vg-wiesbaden.justiz.hessen.de> = www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris). Als unterlegener Mitbewerber kommt dem Vertragsarzt, der nicht im Planungsbereich des Krankenhauses niedergelassen ist, aber kein besonderer vertragsarztrechtlicher Schutz zu und ist er, wie bereits dargelegt, auf den Zivilrechtsweg angewiesen.

Soweit daher der Beklagte dem Widerspruch der Beigeladenen zu 9) bzw. dem Widerspruch des Herrn Prof. Dr. C. - insofern weichen Rubrum und Tenor unter Nr. 2 des angefochtenen Beschlusses des Beklagten voneinander ab - zu Unrecht stattgegeben hat, ist dies hier aber unerheblich, da die Beigeladene zu 1) ebf. Widerspruch eingelegt hatte.

Soweit der Beklagte dem Widerspruch der Beigeladenen zu 1) stattgegeben und den Beschluss des Zulassungsausschusses vom 24.06.2008 aufgehoben hat, ist der Beschluss des Beklagten vom 17.09.2008 rechtmäßig.

Der durch das 2. GKV-NOG eingefügte und bisher unveränderte [§ 103 Abs. 7 SGB V](#) berücksichtigt die Interessen der Krankenhäuser mit Belegärzten und ermöglicht unter bestimmten Voraussetzungen deren Zulassung - was Voraussetzung für eine belegärztliche Tätigkeit ist - trotz bestehender Zulassungsbeschränkungen. Das Bundesverfassungsgericht hatte zuvor auf entsprechende Auslegungsmöglichkeiten der Bestimmungen zur Sonderbedarfszulassung hingewiesen (vgl. BVerfG v. 08.10.1996 - [1 BvL 3/95](#) - [NJW 1997, 792](#) = [MedR 1997, 77](#), juris Rdnr. 12). Nach [§ 103 Abs. 7 SGB V](#) haben in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind, Krankenhausträger das Angebot zum Abschluss von Belegarztverträgen auszuschreiben. Kommt ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zustande, kann der Krankenhausträger mit einem bisher im Planungsbereich nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag schließen. Dieser erhält eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung; die Beschränkung entfällt bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen ([§ 107 Abs. 3 SGB V](#)), spätestens nach Ablauf von zehn Jahren.

Nach der Begründung des Gesundheitsausschusses; auf dessen Vorschlag die dann unverändert angenommene Vorschrift zurückgeht, ist dem Arzt, mit dem der Krankenhausträger den Belegarztvertrag abgeschlossen hat, trotz Zulassungsbeschränkungen die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung zu erteilen, da er anderenfalls die belegärztliche Tätigkeit nicht ausüben könnte. Diese ausnahmsweise

mögliche Zulassung sei der belegärztlichen Tätigkeit grundsätzlich akzessorisch; d. h. sie erlösche, wenn die belegärztliche Tätigkeit ende. Allerdings bekomme der Arzt bei Aufhebung der Zulassungssperre eine Vollzulassung, da in einem nicht gesperrten Planungsbereich die Gefahr, dass die belegärztliche Tätigkeit als Durchgangsstation für die Erlangung einer Zulassung missbraucht werden könnte, nicht gegeben sei. Bei ununterbrochenem Fortbestand der Zulassungsbeschränkung entfalle nach zehnjähriger Dauer des Belegarztvertrages die Verknüpfung der Zulassung mit der belegärztlichen Tätigkeit. Diese Entkoppelung der Zulassung von der belegärztlichen Tätigkeit trage den berechtigten Interessen des Belegarztes Rechnung, in der Ausübung seiner ambulanten ärztlichen Tätigkeit nicht auf Dauer von einem Belegarztvertrag abhängig zu sein. Bei der Feststellung des Versorgungsgrades im Planungsbereich nach [§ 103 Abs. 1 SGB V](#) werde die beschränkte Zulassung voll mitberücksichtigt, da dieser Arzt wie jeder andere zur Versorgung der Versicherten beitrage. Bei Praxisübergabe nach [§ 103 Abs. 4](#) gehe die Bindung der Zulassung des abgebenden Arztes auf die Zulassung des Praxisübernehmers über. Voraussetzung für die Zulassung des Praxisübernehmers sei also, dass der Krankenhausträger einwillinge, dass der Praxisübernehmer in den bestehenden Belegarztvertrag eintrete (vgl. Gesundheitsausschuss, [BT-Drs. 13/7264](#) zu Art. 1 Nr. 27d neu).

Will in einem gesperrten Planungsbereich ein Krankenhausträger eine belegärztliche Tätigkeit anbieten, so hat er dies auszuschreiben. Damit soll der Vorrang der niedergelassenen Ärzte durchgesetzt werden. Ausschreiben bedeutet Bekanntgabe der Möglichkeit, einen Belegarztvertrag abzuschließen. Es muss sich um ein Veröffentlichungsblatt handeln, bei dem davon auszugehen ist, dass es auch von den Ärzten im Planungsbereich gelesen wird. In Betracht kommen neben der Lokalpresse die Blätter der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Zulassungsgremien haben die Ausschreibung aber bei Zulassung eines externen Bewerbers zu überprüfen (vgl. BSG, Urt. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 34/00 R](#) - [BSGE 88, 6](#) = [SozR 3-2500 § 103 Nr. 6](#), juris Rdnr. 30 u. 33). Fehlt es an einer Ausschreibung oder war sie ungenügend, so fehlt es an einer Zulassungsvoraussetzung. Das Verfahren oder die Ausschreibung kann aber auch bei bereits begonnenen Vertragsverhandlungen nachgeholt werden (vgl. BSG, Urt. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 34/00 R](#) - aaO., Rdnr. 44).

Der Beklagte geht zutreffend davon aus, dass der Krankenhausträger die Belegarztstelle nicht ordnungsgemäß ausgeschrieben hat. Nur dann, wenn eine ordnungsgemäße Ausschreibung erfolgt ist, kann überhaupt davon ausgegangen werden, dass sich auch im Planungsbereich bereits niedergelassene Vertragsärzte auf die Belegarztstelle melden, woraus wieder die Verpflichtung des Krankenhausträgers wächst, ernsthaft mit ihnen zu verhandeln, dies zu dokumentieren und gegenüber dem Zulassungsausschuss nachzuweisen. Dabei hat er nachvollziehbar die Gründe darzulegen, weshalb ein Vertrag mit einem bereits niedergelassenen Bewerber nicht zustande gekommen ist. Zur Überprüfung sind die Zulassungsgremien im Rahmen ihrer Amtsermittlung befugt, bei den Niedergelassenen nachzufragen, ob sie sich beworben haben und ggf. weshalb es zu keinem Vertragsabschluss kam. Die Verhandlungen müssen erkennen lassen, dass die Möglichkeiten einer Einigung ernsthaft ausgelotet und nicht nur Scheinverhandlungen geführt wurden, um den Weg für eine Zulassung nach Abs. 7 freizumachen (vgl. BSG, Urt. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 34/00 R](#) - aaO., Rdnr. 48). Ob sich hier aber im Planungsbereich niedergelassene Vertragsärzte auf die Ausschreibung gemeldet haben und ob mit ihnen ernsthaft verhandelt wurde, kann hier aber dahinstehen, da es bereits an einer ordnungsgemäßen Ausschreibung fehlte.

Die Belegarztstelle wurde für einen Internisten mit Teilgebietsbezeichnung Kardiologie ausgeschrieben. Neben langjähriger Erfahrung in der "invasiven Elektrophysiologie und bei allen gängigen Koronarinterventionen (inkl. Akut-PTCA)" wurde Routine in der eigenständigen Implantation und Nachsorge von Herzschrittmachern gefordert. Mit dem Verweis auf die invasive kardiologische Tätigkeit einschließlich der Koronarinterventionen wird aber für einen fachkundigen (ärztlichen) Leser signalisiert, dass ein Herzkatheter-Labor vorhanden sein muss, denn nur mit einer solchen Ausstattung kann die geforderte invasive kardiologische Tätigkeit ausgeübt werden. Gerade den im Planungsbereich niedergelassenen Kardiologen war aber bekannt, dass das Belegkrankenhaus nicht über eine solche Einrichtung verfügte. In der Ausschreibung hätte daher mindestens hierauf hingewiesen werden müssen, ob und in welchem Zeitrahmen mit der Einrichtung eines Herzkatheter-Labors zu rechnen ist. Insofern bestand in der Ausschreibung eine erhebliche Diskrepanz zur tatsächlichen Ausstattung des Krankenhauses. Auch ist weiterhin nicht ersichtlich, ob das Krankenhaus überhaupt die Ausstattung dem Ausschreibungstext anpassen will. Aufgrund der erheblichen Diskrepanz zwischen Anforderungsprofil und tatsächlicher Ausstattung war für einen im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht transparent, um welche Art von Belegarztstelle es sich überhaupt handelte. Der Ausschreibungstext muss aber die realen Gegebenheiten abbilden. Von daher war keine ordnungsgemäße Ausschreibung erfolgt und hat der Beklagte zu Recht die Zulassungsentscheidung des Zulassungsausschusses wieder aufgehoben.

Soweit der Beklagte auf den Umfang der Belegbetten hinweist, kann hier dahinstehen, ob die Zuteilung von fünf Belegbetten ausreichend ist. Nach den von der Beigeladenen zu 1) auf Anfrage des Gericht vorgelegten Bettenzahlen aller Kardiologen mit Belegbetten in Hessen beträgt die Bettenzahl pro Behandler wesentlich weniger als zehn Belegbetten. Im Einzelnen:

Praxisstandort	Krankenhaus	Belegungsform	Bettenzahl	Zahl der Behandler	Bettenzahl pro Behandler
AA-Stadt	Stiftung W.Hospital kooperativ	11 5 2,2			
AA-Stadt	Stiftung W.Hospital kooperativ	12 3 4			
BB-Stadt	Rotkreuz Krankenhäuser Klinik Pl. kooperativ	5 3 1,7			
BB-Stadt	Rotkreuz Krankenhäuser Klinik Rotes Kreuz kooperativ	5 10 0,5			
CC-Stadt	Rotkreuz Krankenhäuser Klinik Rotes Kreuz	- 5 1 5			
B-Stadt	Rotkreuz Krankenhäuser Klinik Rotes Kreuz kooperativ	4 2 2			
DD-Stadt	Rotkreuz Krankenhäuser Klinik Rotes Kreuz	- 4 1 4			
BB-Stadt	AX.Krankenhaus kooperativ	70 10 7			
EE-Stadt	PN. AA-Stadt	- 5 1 5			
GG-Stadt	Marienkrankenhaus	- 5 1 5			
FF-Stadt	UU-Krankenhaus	? 32 ? ?			

Die Aufstellung zeigt insofern gerade für das Gebiet der Kardiologie, dass die auf diesem Fachgebiet geforderte Präsenzpflcht von Einzelpraxen nicht zu leisten ist. Insofern könnte es opportun sein, die als ernsthaft zu bezeichnende Belegbettenzahl auf Praxen und nicht auf Behandler zu beziehen.

Soweit der Beklagte auf den Umfang der Belegbetten am Belegkrankenhaus selbst hinweist, kann hier dahinstehen, ob es überhaupt noch zulässig ist, dem Kläger fünf Belegbetten zuzuteilen. Nach dem Krankenhausplan stehen dem Belegkrankenhaus nur 20 Belegbetten für das Fachgebiet der inneren Medizin aufgrund des Feststellungsbescheids des Hessischen Sozialministeriums vom 29.12.2000 zu. Das

Belegkrankenhaus hat aber ohne den Kläger bereits 29 Belegbetten – für die Gemeinschaftspraxis Dr. G/Dr. P werden hierbei nur drei Belegbetten angerechnet - vergeben.

Damit wird bereits gegenwärtig die Vorgabe des Feststellungsbescheids überschritten. Ob dies im Wege einer "kooperativen" Belegung in dem Sinne zulässig ist, dass lediglich zur gleichen Zeit nicht mehr als 20 Belegbetten belegt sein dürfen, unabhängig davon, welcher Belegarzt die Betten belegt, brauchte die Kammer nicht zu entscheiden. § 16 Abs. 4 des Gesetzes zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2002 - HKHG) vom 6. November 2002, GVBl. I S. 662 sieht zwar vor, dass vor allem an Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung die Möglichkeit zu belegärztlicher Tätigkeit, insbesondere im kooperativen Belegarztsystem, eröffnet werden soll. Den Umfang der belegärztlichen Tätigkeit gibt aber der Krankenhausplan verbindlich vor.

Aufnahme und Nichtaufnahme in den Krankenhausplan, seine Einzelfestlegungen und Änderungen nach § 8 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes stellt das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium fest. Satz 1 gilt für die Herausnahme aus dem Krankenhausplan entsprechend. Die Entscheidungen nach Satz 1 und 2 sind auch für die Sozialleistungsträger verbindlich (§ 19 Abs. 1 Satz 1 bis 3 HKHG).

Die Zulassungsgremien, die paritätisch von den Sozialleistungsträgern besetzt werden, sind damit insoweit auch an den Krankenhausplan gebunden. Jedenfalls erfolgt mittelbar über die Herstellung des Einvernehmens mit den Beigeladenen zu 2) bis 8) im Rahmen der Belegarztanerkennung (vgl. § 40 Abs. 2 BMV-Ä/§ 32 Abs. 2 und 3 EKV-Ä) eine Bindung an den Krankenhausplan. Nach den Bundesmantelverträgen setzt die Belegarztanerkennung ferner voraus, dass eine Belegabteilung der entsprechenden Fachrichtung nach Maßgabe der Gebietsbezeichnung (Schwerpunkt) der Weiterbildungsordnung in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan eingerichtet ist (vgl. § 40 Abs. 1 BMV-Ä/§ 32 Abs. 1 EKV-Ä).

Soweit aber davon auszugehen sein sollte, dass die Frage der Einhaltung des Krankenhausplans allein im Verfahren zur Belegarztanerkennung zu überprüfen ist, so sind die Zulassungsgremien auf die Prüfung der Einhaltung der Voraussetzungen nach [§ 103 Abs. 7 SGB V](#) beschränkt, im Wesentlichen also auf die Frage, ob das Gebot, vorrangig mit bereits im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzten einen Belegarztvertrag abzuschließen, beachtet wurde. Soweit die Einhaltung der Voraussetzungen nach [§ 103 Abs. 7 SGB V](#) unzweifelhaft ist, könnte ihnen eine lediglich nur notarielle Funktion zukommen, da die Zulassung an den Bestand des Belegarztvertrages und damit auch die Belegarztanerkennung geknüpft wird.

Soweit allerdings nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts [§ 103 Abs. 7 SGB V](#) darüber hinaus nicht nur formell die Ausschreibung von Belegarztverträgen verlangt, sondern voraussetzt, dass tatsächlich eine belegärztliche Tätigkeit i. S. des [§ 121 Abs. 2 SGB V](#) am Krankenhaus ausgeübt werden soll und dies es ausschließt, eine Zulassung in Situationen zu erteilen, in denen das Unterlaufen von Zulassungsbeschränkungen der eigentliche Beweggrund für den Abschluss eines Belegarztvertrages ist, die belegärztliche Tätigkeit also nur pro forma ausgeübt und faktisch völlig gegenüber der Tätigkeit in der niedergelassenen Praxis in den Hintergrund treten soll (vgl. BSG, Urt. v. 14.03.2001 - [B 6 KA 34/00 R](#) – aaO., Rdnr. 45), so kommt den Prüfungsgremien auch die Kompetenz zu, die Zahl der Belegbetten für den Arzt selbst und am Belegkrankenhaus als Indiz für die Ernsthaftigkeit einer Belegarztstätigkeit zu würdigen. Hierbei kann dann auch der Umfang kooperativer Belegarztbetten gewürdigt werden. Jedenfalls kann die Zahl der Belegärzte nicht unter Hinweis auf eine kooperative Nutzung beliebig vergrößert werden. Insofern obliegt es auch den Prüfungsgremien aufzuklären, ob überhaupt eine kooperative Nutzung der Belegbetten mit den übrigen Belegärzten vereinbart ist. Letztlich konnte hier aber ebf. dahinstehen, ob die Zahl der bereits vergebenen Belegbetten einer ernsthaften belegärztlichen Tätigkeit widerspricht. Dies gilt auch für die Frage, ob ein einzelner Kardiologe überhaupt sinnvoll eine belegärztliche Tätigkeit ausüben kann.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung in [§ 155 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil hat die Verfahrenskosten zu tragen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-10-28