

L 4 KR 4262/00

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KR 6146/97
Datum
28.09.2000
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 4262/00
Datum
18.10.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben beim Abschluss eines Versorgungsvertrags mit einem Krankenhaussträger auch den regionalen Versorgungsbedarf (hier: Herzchirurgie in einer Privatklinik für den Bodenseeraum) zu berücksichtigen. Der aktuelle Krankenhausplan entfaltet dabei keine Tatbestands- oder Bindungswirkung; die Landesverbände haben bei ihrer Entscheidung keinen gerichtsfreien Beurteilungsspielraum. Zu berücksichtigen können auch sein die Verkehrsanbindung und typische Witterungsverhältnisse. Es kann nicht generell auf den Transport mit Rettungshubschraubern zu weit entfernten Kliniken verwiesen werden. Die Versorgungslage im benachbarten Ausland hat außer Betracht zu bleiben. Die Zulassung ist allerdings auf die zur Versorgung notwendigen Akutbetten zu beschränken.

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 28. September 2000 abgeändert. Die Beklagten werden unter Abänderung des Bescheids vom 16. Juli 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27. Oktober 1997 verurteilt, mit der Klägerin einen Versorgungsvertrag über 20 Akutbetten im Bereich der Herzchirurgie abzuschließen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagten und der Beigeladene haben der Klägerin als Gesamtschuldner ein Drittel der außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Beklagten verpflichtet sind, mit der Klägerin einen Versorgungsvertrag zur herzchirurgischen Versorgung im Umfang von 60 Akutbetten abzuschließen.

In Baden-Württemberg sind nach [§ 108](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) zugelassene Herzchirurgien das Herz-Zentrum Bad Krozingen, das Universitätsklinikum Freiburg, das Universitätsklinikum Heidelberg, das Herz-Zentrum Lahr, die Klinik für Herzchirurgie Karlsruhe, die SANA Herzchirurgische Klinik Stuttgart, das Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart, das Universitätsklinikum Tübingen und das Universitätsklinikum Ulm. Die Klägerin ist eine kardiochirurgische Klinik in Konstanz, die 1997 auf dem Gelände des Städtischen Krankenhauses als Privatklinik eröffnet wurde. Diese Klinik ist nicht in den Krankenhausbedarfsplan Baden-Württemberg aufgenommen. Ein entsprechender Aufnahmeantrag vom 16. Dezember 1998 wurde mit Bescheid des Regierungspräsidiums Südbaden vom 28. Juni 2000 abgelehnt. Deswegen ist vor dem Verwaltungsgericht (VG) Freiburg unter dem Az. 9 K 1575/00 ein Klageverfahren anhängig, das derzeit ruht. Mit Schreiben vom 30. Mai 1997 beantragte die Klägerin bei den Beklagten den Abschluss eines Versorgungsvertrags nach [§ 109 SGB V](#). Diesem Antrag war schon ein - erfolgloses - Antragsverfahren der Herz-Klinik Bodensee am Weinberg AG, Träger des Herz-Zentrums Bodensee in Kreuzlingen/Schweiz, für eine kardiochirurgische Klinik in Konstanz vorausgegangen (vgl. den ablehnenden, bestandskräftig gewordenen Bescheid der Beklagten vom 26. Mai 1995). Der erneute Antrag wurde mit der regionalen Bedarfssituation sowie einer in Aussicht gestellten niedrigeren Belastung der Kostenträger begründet. Nach einer Ergebnisniederschrift über die Besprechung der Krankenhaus-Referenten der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen vom 18. Juni 1997 wurde ein Bedarf für eine weitere Herzchirurgie in Baden-Württemberg nicht gesehen; eine Errichtung von Bettenkapazitäten in Konstanz hätte einen Abwas von Betten in anderen Kliniken zur Folge. Mit Bescheid vom 16. Juli 1997 lehnten die Beklagten den Antrag im Wesentlichen mit der Begründung ab, die herzchirurgischen Kapazitäten im gesamten Land seien völlig ausreichend. Dies gelte auch für den südlichen Landesteil; es sei -en 1996 von den nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen herzchirurgischen Einrichtungen in den Regierungsbezirken Freiburg und Tübingen ungefähr 1.250 Operationen mit Herz-Lungen-Maschine pro 1 Mio. Einwohner durchgeführt worden. Dies übersteige deutlich den allgemein anerkannten Bedarf von 1.000 Operationen je 1 Mio. Einwohnern, so dass auch für die nächsten Jahre noch erhebliche Kapazitätsreserven in

diesem Bereich bestünden. Für die kardiologische Versorgung lägen ebenfalls im gesamten Land ausreichende Kapazitäten vor. Derzeit stünden landesweit bereits 45 Linksherzkatheter-Messplätze zur Verfügung. Damit sei gemäß der Versorgungs- und Standortkonzeption "Linksherzkatheter-Messplätze" des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung in Baden-Württemberg eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten gewährleistet. Die Klägerin sei somit für eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten nach wie vor nicht erforderlich. Das Sozialministerium Baden-Württemberg genehmigte mit Schreiben vom 12. August 1997 diese Ablehnung, was der Klägerin von den Beklagten mit Schreiben vom 18. August 1997 mitgeteilt wurde. Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur bedürfe es auch der Berücksichtigung regionaler Versorgungsbedürfnisse. In ihrem potentiellen Einzugsgebiet sei dieser Notwendigkeit durch die bisher zugelassenen Herzzentren in Baden-Württemberg nicht Rechnung getragen worden. Diese Auffassung werde zwischenzeitlich auch durch den Verband der Angestellten-Krankenkassen sowie den AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Beklagte zu 2) und 3), vertreten. Der Widerspruch war Gegenstand der Besprechung der Krankenhaus-Referenten der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen am 16. September 1997 (vgl. dazu die entsprechende Ergebnisdokumentation). Der Zentrale Widerspruchsausschuss der AOK Baden-Württemberg, Beklagte zu 1), empfahl am 17. Oktober 1997, den Widerspruch zurückzuweisen. Mit Widerspruchsbescheid vom 27. Oktober 1997 wiesen die Beklagten den Widerspruch zurück. Darin wurde u.a. ausgeführt, aus Gründen der Leistungsfähigkeit und der Wirtschaftlichkeit seien für die Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit herzchirurgischer Kapazitäten größere Versorgungsräume zugrunde zu legen. Zudem seien die sich teilweise überschneidenden Einzugsgebiete der zugelassenen Herzzentren zu berücksichtigen. Daher müsse die von der Klägerin geforderte regionale Betrachtungsweise der Kapazitäten das gesamte Gebiet der beiden südlichen Regierungsbezirke Freiburg und Tübingen umfassen. Dort sei die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten durch die vorhandenen Kapazitäten gewährleistet. Eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten setze nicht nur eine entsprechende Gesamtkapazität, sondern auch eine flächendeckende Versorgungsstruktur voraus. Diese sei im gesamten Land für alle Versicherten gewährleistet. Hierzu trügen insbesondere die nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Herzzentren sowie der flächendeckend ausgebauter Rettungsdienst bei. Im südlichen Landesteil sei kein Ort weiter als 150 km (Straßenkilometer, schnellste Verbindung) von zwei zugelassenen Herzzentren entfernt. Somit sei der Patiententransport in eines der jeweils nächst gelegenen Herzzentren mittels des bodengebundenen Rettungsdienstes in der Regel kein Problem. Für Notfälle könne zudem auf ein bestens ausgebautes System des Hubschraubertransports zurückgegriffen werden. Alle zugelassenen Herzzentren seien mit Hubschrauberlandeplätzen ausgestattet, die auch nachts angefliegen werden könnten. Zur Durchführung der Patiententransporte stünden neben dem bodengebundenen Rettungsdienst auch Hubschrauber in Friedrichshafen, Villingen-Schwenningen, Freiburg und Ulm zur Verfügung. Damit sei selbst im Ausnahmefall, wenn im nächst erreichbaren zugelassenen Herzzentrum keine Aufnahme erfolgen könne, eine Versorgung von Patienten nach spätestens 35 Flugminuten gewährleistet. Das Sozialministerium Baden-Württemberg hielt danach mit Schreiben vom 08. Dezember 1997 die Genehmigung der Ablehnung des erneuten Antrags weiterhin aufrecht, was der Klägerin von den Beklagten mit Schreiben vom 19. Dezember 1997 mitgeteilt wurde.

Dagegen erhob die Klägerin am 11. Dezember 1997 Klage beim Sozialgericht (SG) Stuttgart. Die Klägerin trug unter Einreichung zahlreicher Unterlagen im Wesentlichen vor, die von ihr betriebene Herzklinik sei in der Bodensee-Region das einzige Krankenhaus, das auf deutscher Seite eine herzchirurgische Versorgung anbiete. Auf die Bodensee-Region bezogen befände sich die nächst gelegene herzchirurgische Klinik rund 150 km Luftlinie entfernt erst in Freiburg. Ausgehend von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts habe sie einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags (BSG, Urteil vom 19. November 1997 [[3 RK 6/96](#)] [BSGE 81, 182](#) = [SozR 3-2500 § 109 Nr. 5](#)). Zu Unrecht seien die Beklagten der Ansicht, es gebe im Bereich der Herzchirurgie nach dem Krankenhausplan Baden-Württemberg ein ausreichendes Angebot. Dieser Krankenhausplan entfalte weder hinsichtlich des Umfangs des bestehenden Bedarfs noch beim Umfang des durch die Plankrankenhäuser gedeckten Bedarfs eine Bindungs- oder Tatbestandswirkung für die Entscheidung über den hier streitigen Versorgungsvertrag. Das Krankenhaus, das den Abschluss eines Versorgungsvertrags begehre, müsse nach [§ 109 SGB V](#) nur den Vorrang der zugelassenen Plankrankenhäuser hinnehmen, nicht aber die übrigen Festlegungen im Krankenhausplan. Der Krankenhausplan III, Allgemeiner Teil, Stand 13. November 1989, gehe für Baden-Württemberg von einem Mindestbedarf von 500 Operationen je 1 Mio. Einwohnern aus. Mit diesen Feststellungen werde der Krankenhausplan den Anforderungen einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung im Bereich der Herzchirurgie nicht gerecht. Dies zeige bereits ein Blick auf die bestehenden Herzzentren, die entlang der Rheinschiene konzentriert seien, wie in Bad Krozingen, Freiburg, Lahr, Karlsruhe und Heidelberg (sog. "Deutsche Herzstraße"). Eine derartige Konzentration herzchirurgischer Kliniken in einem vergleichsweise schwach besiedelten Gebiet sei nicht bedarfskonform. Darüber hinaus treffe es nicht zu, dass die herzchirurgischen Einrichtungen bei den Standorten der Maximalversorgung konzentriert wären. Bei fünf der derzeit bestehenden neun zugelassenen herzchirurgischen Einrichtungen handle es sich nicht um Krankenhäuser der Maximalversorgung. Es komme hinzu, dass der Mindestbedarf von 500 Operationen je 1 Mio. Einwohnern den Erfordernissen einer dem tatsächlichen Bedarf gerecht werdenden Krankenhausplanung nicht genüge. Insoweit sei der Mindestbedarf mit 1.200 herzchirurgischen Eingriffen je 1 Mio. Einwohnern anzunehmen. Mithin sei es auch eine unzutreffende Annahme, wenn die Krankenhausbedarfsplanung heute von jährlich rund 1.000 notwendigen Operationen je 1 Mio. Einwohnern auf dem Gebiet der Herzchirurgie ausgehe. Die bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten setze nicht nur eine entsprechende Gesamtkapazität, sondern auch eine flächendeckende Versorgungsstruktur voraus, die es im südlichen Landesteil Baden-Württembergs jedoch nicht gebe. Die herzchirurgischen Kliniken Baden-Württembergs, die zugelassen seien, befänden sich konzentriert in den nördlichen und nord-westlichen Landesteilen. Für die Patienten sei die Überbrückung von 130 km Luftlinie zur Erreichung des nächst gelegenen Universitätsklinikums Freiburg, unzumutbar. Die Versorgung von Patienten sei auch nicht nach spätestens 35 Flugminuten gewährleistet, da hierbei der für die Alarmierung und den Anflug notwendige Vorlauf für den Rettungshubschrauber nicht berücksichtigt werde. Hinzu kämen oft außerordentlich schwierige geografische und meteorologische Verhältnisse. So könnten in den Herbst- und Wintermonaten aus Witterungsgründen nur ungefähr 50 vom Hundert (v.H.) der notwendigen Hubschrauberflüge durchgeführt werden. Unter Berücksichtigung der neu geschaffenen Herzkatheter-Messplätze erhöhe sich ferner die Zahl der Herzoperationen. In keinem Alt-Bundesland gebe es derartig große und unversorgte Flächen wie in Südbaden und Südbayern. Für Patienten und deren Angehörige sei jedoch ein wohnortnahes herzchirurgisches Angebot eine Notwendigkeit, dass aus Gründen der bedarfsgerechten Krankenhausplanung zwingend mit berücksichtigt werden müsse. Auch sei in der Region ein länderübergreifendes Versorgungskonzept zu fordern. Die herzchirurgische Kapazität dürfe nicht zum Problem einer Grenzregion werden. Dies aber geschehe durch eine zentralistische Bedarfsplanung, die Versorgungskapazitäten im Landesinnern und in Ballungsräumen ansiedle. Für die ungefähr 1,2 Mio. Südbadener und Südbayern bedeute dies, dass sich die nächsten zugelassenen Herzzentren in einer Entfernung von bis zu 180 km befänden. Hiervon betroffen seien auch ungefähr 450.000 Einwohner des österreichischen Bundeslandes Vorarlberg. Sie berufe sich weiterhin auf das genannte Urteil des BSG. Denn danach gelte der Vorrang der zugelassenen Krankenhäuser nicht gegenüber Spezialkliniken, die sich auf einen Teilbereich eines Fachgebiets beschränkten. Gerade das Wirtschaftlichkeitsgebot verlange, dass kostengünstige Versorgungsverträge abgeschlossen würden. In einer Vereinbarung mit den Beklagten zu 2) und 3) vom 14. bzw. 23. Mai 1997 habe sie sich bereit erklärt, "neue Wege zur optimierten Patientenversorgung und Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven" zu

gehen. Insofern sei vereinbart worden, dass eine Vergütung nach Maßgabe eines "Fallpauschalenkatalogs" gezahlt werden solle, und zwar im Schnitt 20 v.H. unter den jeweils gültigen Preisen der Anlagen der Bundespflegesatzverordnung. Soweit die Beklagten die Ansicht verträten, den zusätzlich bestehenden Bedarf, insbesondere für Notfallpatienten, die in ihrer Klinik schon jetzt behandelt würden, durch das be-nachbarte Krankenhaus Kreuzlingen/Schweiz abdecken zu können, stehe dem entgegen, dass die Kassenverbände den Bedarf nach Krankenhausleistungen im Rahmen des [§ 109 SGB V](#) ohne Heranziehung ausländischer Kliniken prognostizieren müssten. Ein Krankenhaus, das innerhalb des Gebietes liege, das von der Krankenhausplanung umfasst sei, sei nicht schon deshalb als nicht bedarfsgerecht einzustufen, weil der Versorgungsbedarf nach Krankenhausleistungen durch Kliniken des angrenzenden Auslandes befriedigt werden könne. Die Beklagten zu 1), 2), 3) und 6) traten der Klage entgegen. Dabei trug die Beklagte zu 1) fe-derführend für die Beklagten unter Vorlage zahlreicher Unterlagen, darunter Stellungnahmen zur Bedarfsnotwendigkeit der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, des Universitätsklinikums Freiburg, der Stadt Konstanz, des Medizinischen Dienstes der Kranken-versicherung (MDK) Baden-Württemberg sowie der Landesärztekammer Baden-Württemberg, vor, die Angaben der Klägerin zu den Entfernungen zur nächst gelegenen zugelassenen herzchi-rurgischen Klinik Freiburg von Konstanz her seien unzutreffend. Die Beförderungszeiten zu den schon bestehenden Herzzentren bzw. zu den Linksherzkatheter-Messplätzen würden sich in ei-nem vertretbaren Rahmen bewegen und sowohl auf der Straße (Rettungstransportwagen mit Sig-nal) wie auch in der Luft (per Rettungshubschrauber) einen geringeren Zeitaufwand erfordern. Im Gegensatz dazu sei der Standort Konstanz bereits wegen der örtlichen Verhältnisse im Hin-blick auf die Anfahrt durchaus nicht unproblematisch. Weiterhin stünden in Basel und Zürich Rettungshubschrauber zur Verfügung, die zu Notfalleinsätzen ebenfalls angefordert werden könnten. Gerade im süddeutschen Raum sei durch die zugelassenen Herzzentren in Bad Krozin-gen, Freiburg und Lahr eine Konzentration herzchirurgischer Betten festzustellen. Zu dieser rela-tiv gut versorgten südbadischen Region gehöre auch Konstanz. Eine Konzentration der herzchi-rurgischen Einrichtungen an Standorten der Maximalversorgung sei der Regelfall. Lediglich Bad Krozingen, Karlsruhe und Lahr seien keine solche Standorte der Maximalversorgung. Die SANA Herzchirurgische Klinik in Stuttgart sei als Standort der Maximalversorgung ausgewiesen. Damit sei im Wesentlichen den Vorgaben des Krankenhausplans III entsprochen. Dieser enthalte dies-bezüglich auch lediglich eine "Sollvorschrift", von der aus nachvollziehbaren Gründen durchaus abgewichen werden könne. Im Normalfall einer Herzerkrankung erfolge die Primärversorgung entweder durch einen niedergelassenen Vertragsarzt oder durch die Aufnahme des Patienten im nächst gelegenen Krankenhaus (Innere Medizin, evtl. Intensivstation). Im Anschluss daran erfol-ge ggf. zunächst die Verlegung an einen Standort mit Linksherzkatheter-Messplatz. Dort sei die Ballondilatation möglich, die bei einem Großteil aller Herzerkrankungen als Maßnahme völlig ausreichend sei. Nur bei ungefähr 1 v.H. der coronarinterventionellen Prozeduren sei ein not-fallmäßiger chirurgischer Eingriff erforderlich. Lediglich 6,5 v.H. aller durchgeführten Herzope-rationen erforderten einen sofortigen herzchirurgischen Eingriff oder einen Eingriff innerhalb von 24 Stunden. Der weit überwiegende Anteil der Herzoperationen sei nicht so dringlich, dass die unmittelbare Wohnortnähe für die Versorgung relevant wäre. Da jede Herzoperation unge-fähr eine halbe Stunde an Zeit zur sachlichen und personellen Vorbereitung benötige, könne die-se Zeit in jedem Fall für den Transport genutzt werden. Selbst bei den wenigen Notfällen spiele also eine Transportzeit in dieser Größenordnung keine Rolle, da sie die Zeit bis zur Notfallopera-tion nicht verlängere. Die räumliche Verteilung der zugelassenen Herzzentren sei demnach auch unter Berücksichtigung der Notfallversorgung nicht von so ausschlaggebender Bedeutung, wenn diese Vorlaufzeit berücksichtigt werde. Durch die im Einzugsgebiet der Klägerin liegenden Standorte der Linksherzkatheter-Messplätze in Friedrichshafen, Singen, Sigmaringen und Villin-gen-Schwenningen sei eine flächendeckende Versorgung gewährleistet. Überdies hätten die be-stehenden Einrichtungen für die Notfallversorgung einen Service-Verbund Herzchirurgie einge-richtet, der die Sicherheit und Schnelligkeit bei der herzchirurgischen Versorgung garantiere. In Baden-Württemberg seien 1997 insgesamt 10.765 Operationen am Herzen durchgeführt worden; dabei seien lediglich 10.109 Patienten aus Baden-Württemberg betroffen gewesen. Dies bedeute, dass Baden-Württemberg über mehr Versorgungskapazitäten verfüge, als für seine Bevölkerung erforderlich seien. Bei diesen Zahlen hätten sich 1.036 Operationen je 1 Mio. Einwohnern erge-ben. Die für den Abschluss eines Versorgungsvertrags erforderliche Bedarfslücke bestehe somit nicht, da die in Baden-Württemberg bereits vorhandenen Herzzentren entweder Plankrankenhäu-ser seien oder seit geraumer Zeit über einen Versorgungsvertrag verfügten und den gesamten Bedarf hier abdeckten. Insoweit sei von einem Vorrang der staatlichen Krankenhausplanung auszugehen. Es bestehe eine Bindungswirkung hinsichtlich des Krankenhausplanes. Der Ab-schluss eines Versorgungsvertrags komme nur dann in Betracht, wenn im Krankenhausplan ein Bedarf positiv ausgewiesen sei, der nicht durch Plankrankenhäuser gedeckt werde. Der Kran-kenhausplan des Landes Baden-Württemberg sehe für Operationen am Herzen wegen der beson-deren räumlichen und personellen Vorhaltungen sowie der hohen Kosten Standorte der Maxi-malversorgung vor. Für die Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit herzchirurgischer Kapazitäten seien somit größere Versorgungsräume zugrunde zu legen. Für Konstanz kämen die Standorte der Maximalversorgung in Freiburg und Tübingen in Betracht, wo bereits zugelassene Herzzentren vorhanden seien. 1996 seien von den zugelassenen herzchirurgischen Einrichtungen in den Regierungsbezirken Freiburg und Tübingen ungefähr 1.200 Herzoperationen je 1 Mio. Einwoh-ner durchgeführt worden. Nach dem Krankenhausplan, Stand 13. November 1998, ergebe sich, dass ausgehend von einem Mindestbedarf von 500 Operationen je 1 Mio. Einwohnern, kein zu-sätzlicher Bedarf vorhanden sei. Selbst bei Aktualisierung der Bedarfszahl auf ungefähr 1.000 Herzoperationen mit einer Herz-Lungen-Maschine ergebe sich unter Heranziehung der tatsächli-chen Zahlen kein zusätzlicher Bedarf an herzchirurgischen Betten. Auch wenn bei der Bedarfs-planung nicht lediglich ein Abgleich der Gesamtzahlen durchgeführt, sondern eine flächende-ckende Versorgung zugrunde gelegt werde, ergebe sich kein Bedarf für die Klägerin. Im maßge-benden Versorgungsgebiet IV des Regierungsbezirks Freiburg hätten im Jahr 1997 3.790 Opera-tionen, also 1.824 je 1 Mio. Einwohnern, stattgefunden. Somit ergebe sich bei einer örtlichen Betrachtung sogar eine erhebliche Bedarfsüberdeckung durch die bereits bestehenden Herzzentren. Insbesondere bei einer so hoch spezialisierten Versorgungsform wie der Herzchirurgie kön-ne die Vorhaltung einer flächendeckenden Versorgung nicht bedeuten, dass das Kriterium der "Wohnortnähe" den Bedarf im Einzelfall bestimme. Entscheidend sei lediglich, dass jeder Pati-ent, auch bei einem Notfall, in angemessener Zeit eine ausreichende Versorgung erhalte. Bei zu starker Betonung der Wohnortnähe wäre eine Vielzahl kleinerer Einrichtungen erforderlich, was nicht nur die Wirtschaftlichkeit, sondern vor allem die Qualität der Leistungserbringung massiv gefährden müsse. Aus diesem Grund sei in der Hochleistungsmedizin ein Trend zu einer Zentra-lisierung erkennbar. In Baden-Württemberg sei die Bevölkerung herzchirurgisch voll versorgt. Ein statistisches Abwandern in andere Bundesländer erfolge nahezu nicht. Es gebe genügend Kapazitäten, um alle Herzerkrankungen in Baden-Württemberg zu behandeln. Wie sich aus der von ihr vorgelegten Statistik für das Jahr 1996 ergebe, seien nur verhältnismä-ßig wenige Patienten mit Wohnort in Baden-Württemberg in anderen Bundesländern operiert worden. Der Saldo der Patientenwanderung sei ausgeglichen. Dies sei ein Beleg dafür, dass der konkrete Bedarf der Wohnbevölkerung von Baden-Württemberg mit den bestehenden zugelasse-nen Herzzentren vollständig im Land gedeckt werden könne. Für 1997 sei dieses Verhältnis noch deutlicher. Damit sei auch ein tatsächlicher Bedarf nicht ersichtlich. Einen Bedarf mit Hinweis auf das österreichische Bundesland Vorarlberg zu begründen, gehe völlig fehl, da es für die Be-urteilung des Bedarfs allein auf die Planungen und den geltend gemachten Bedarf für Baden-Württemberg ankommen könne. Auch der Hinweis auf die Wirtschaftlichkeit der Klägerin könne keinen Bedarf rechtfertigen. Mit der Einrichtung eines zusätzlichen Herzzentrums sei eine gleichzeitige Rückführung des Budgets bei den bestehenden Herzzentren nicht verbunden, da die Vorhaltekosten nach wie vor bestehen blieben. Von einer Gesamtwirtschaftlichkeit könne daher nicht ausgegangen werden. Auf das Urteil des BSG vom 19. November 1997 könne sich die Klägerin

nicht stützen, da es vorliegend nicht um die Abdeckung eines Sonderbedarfs, sondern um eine Vergrößerung des Leistungsangebots in der Breite gehe. Der vorgelegte Vertrag der Klägerin mit den Beklagten zu 2) und 3) stehe unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Bundesversicherungsamtes. Da eine entsprechende Zustimmung bislang nicht erfolgt sei, könnten aus dem Vertrag keine Ansprüche hergeleitet werden. Schließlich sei die Klägerin bereits 1994 klar darauf hingewiesen worden, dass die Bedarfssituation den Abschluss eines Versorgungsvertrags verbiete. Das SG lud das Land Baden-Württemberg, vertreten durch das Sozialministerium Baden-Württemberg, mit Beschluss vom 23. Januar 1998 bei. Der Beigeladene trat der Klage ebenfalls entgegen. Er führte im Wesentlichen aus, die Klägerin erweise sich nicht als bedarfsgerecht. Der Bedarf an herzchirurgischen Krankenhausbetten in Baden-Württemberg sei vollständig gedeckt. Es bestehe keine Bedarfslücke. Heute gehe die Krankenhausbedarfsplanung zwar von 1.000 Herzoperationen pro 1 Mio. Einwohnern aus. Die neun in Baden-Württemberg vorhandenen und zugelassenen Herzchirurgien hätten im Jahr 1997 über 10.765 Eingriffe vorgenommen, ohne dabei ihre Kapazitäten vollständig auszuschöpfen. Der von der Klägerin behauptete Mindestbedarf von 1.200 herzchirurgischen Eingriffen je 1 Mio. Einwohnern werde bestritten. Nach dem neuesten Herzbericht des Krankenhausausschusses der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden der Länder bestehe in der gesamten Bundesrepublik für das Jahr 1996 eine tatsächliche Nachfrage an Herzoperationen mit Herz-Lungen-Maschine von 1.074 je 1 Mio. Einwohnern. Deutschland sei damit im europäischen Vergleich weit überdurchschnittlich versorgt. Aber auch einen Bedarf von 1.200 herzchirurgischen Operationen je 1 Mio. Einwohnern könnten die vorhandenen zugelassenen Herzchirurgien ohne Weiteres abdecken. Dies ergebe sich aus den glaubhaften Angaben der zugelassenen Herzchirurgien. Eine denkbare Bedarfslücke könne nur dann angenommen werden, wenn aus Gründen der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgungsstruktur zwingend die Klägerin als wohnortnahes Versorgungsangebot für den Bodenseekreis zu berücksichtigen wäre. Hierfür gebe es jedoch keine Anhaltspunkte. Denn es liege in der Natur der Sache, dass im Bereich der Spitzenmedizin nicht das Prinzip der Wohnortnähe maßgebend sein könne. Es sei unstrittig, dass hochspezialisierte Medizin notwendigerweise konzentriert werden müsse. Auch das Argument der Erforderlichkeit einer Notfallversorgung könne keine Bedarfsnotwendigkeit begründen. Über 93 v.H. der Herzoperationen seien planbar. Die ungefähr 7 v.H. der kurzfristig zu behandelnden Indikationen würden sowohl echte Notfälle, bei denen die Operation sofort durchgeführt werden müsse, als auch Akutindikationen, bei denen die Operation innerhalb von 24 Stunden durchgeführt werden müsse, umfassen. Da Notfälle in den vorhandenen Herzchirurgien jederzeit versorgt werden könnten, sei ein Transportrisiko denkbar gering. Auch würden die bereits vorhandenen Kliniken in Kreuzlingen und Zürich ebenfalls der Annahme einer Bedarfslücke widersprechen. Die Gesundheitsbehörden der Schweizer Kantone hätten in einer Regionalkonferenz einen zusätzlichen Bedarf für die Klägerin verneint. Auch eine hochqualifizierte kardiologische Versorgung des Bodenseeraums einschließlich der Notversorgung sei aufgrund der dort ausreichend vorhandenen Linksherzkatheter-Messplätze gewährleistet. Die Ausführungen der Klägerin zu den Transportproblemen und der Transportdauer im Rettungsfall seien nicht überzeugend. Die Klägerin stelle zu Unrecht kardiologische und herzchirurgische Notfallversorgung gleich. Das sei jedoch unzutreffend, da die kardiologische Versorgung in den großen inneren Abteilungen der Zentralversorgungskrankenhäuser sichergestellt werde. So könnten kardiologische Notfälle in den Plankrankenhäusern Singen, Friedrichshafen, Ravensburg und Villingen-Schwenningen ortsnahe versorgt werden. Weiter werde übersehen, dass im benachbarten Kreuzlingen/Schweiz eine Herzchirurgie vorhanden sei, die selbstverständlich auch für die Notfallversorgung deutscher Patienten zur Verfügung stehe. Die unterschiedlichen Auffassungen über die Dauer von Transporten mit Hubschrauber oder Rettungswagen seien daher unerheblich. Auch die vorliegenden Zahlen für 1997 zeigten, dass eine Versorgungslücke in Baden-Württemberg für den hier streitigen Bereich nicht bestehe. Mit Urteil vom 28. September 2000 wies das SG die Klage ab. Auf das den Prozessbevollmächtigten der Klägerin gegen Empfangsbekanntnis am 25. Oktober 2000 zugestellte Urteil wird Bezug genommen. Gegen dieses Urteil hat die Klägerin am 31. Oktober 2000 schriftlich Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Die Klägerin trägt unter Einreichung verschiedener Unterlagen, u.a. des Herzberichts 2001 von Ernst Bruckenberger, vor, nach ihrer Ansicht gebiete eine verfassungskonforme Auslegung des [§ 109 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#), dass im vorliegenden Fall eine Bedarfsprüfung überhaupt nicht durchzuführen sei. Auch im Lichte der neuesten Rechtsprechung des BSG fehle es bei ihr an der Rechtfertigung einer Bedarfsprüfung, zumal das BSG auch auf die Einführung der pauschalierten Vergütung aufgrund des Fallpauschalengesetzes ab 2003 hingewiesen habe. Selbst wenn jedoch von der Notwendigkeit einer Bedarfsprüfung auszugehen sei, sei ihr Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags begründet, weil ihre Klinik tatsächlich bedarfsgerecht sei. Die Bedarfsgerechtigkeit beurteile sich nach dem im Einzugsbereich des Krankenhauses bestehenden konkreten Bedarf. Dies ergebe sich sowohl aufgrund der regionalen wie auch aufgrund der landesweiten Betrachtung. Im Hinblick auf die regionale Betrachtung ergebe ein Blick auf die Landkarte deutscher Herzzentren, dass in keinem Alt-Bundesland eine derartig große und unversorgte Fläche wie in Südbaden und Südbayern vorhanden sei. Für Patienten und deren Angehörige sei jedoch ein wohnortnahes herzchirurgisches Angebot eine Notwendigkeit, die aus Gründen der bedarfsgerechten Krankenhausplanung zwingend erforderlich sei. Die gebotene flächendeckende Versorgungsstruktur sei im südlichen Baden-Württemberg nicht gegeben, weil die zugelassenen Herzzentren in den nördlichen und nordwestlichen Landesteilen konzentriert seien. Für Patienten der Region Konstanz bestehe eine unzumutbare Entfernung zur nächstgelegenen zugelassenen Herzchirurgie; dies ergebe sich schon aus einer Entfernung von 129 Straßenkilometern zwischen Konstanz und Freiburg; zusätzlich müsse die außerordentlich schlechte verkehrstechnische Anbindung an die Bodenseeregion berücksichtigt werden. Damit sei zweifelsfrei ein Versorgungsbedarf für die Bodenseeregion gegeben. Der Bedarf beziehe sich auf die von ihr erstrebte Zahl von 60 Betten. Aber bereits mit 20 zugelassenen Betten könnte sie leben. Es müsse auch berücksichtigt werden, dass sie in den ersten drei Jahren ihres Bestehens 670 Notfalleingriffe vorgenommen habe. 2001 seien von insgesamt 1.380 Patienten 210 im Rahmen einer Notfallbehandlung versorgt worden. Ein Bedarf bestehe jedoch auch unter landesweiter Betrachtung. Dabei müsse beachtet werden, dass bundesweit der Bedarf an herzchirurgischen Leistungen ansteige. Der Herzbericht 2000 weise eine tatsächliche Nachfrage von 1.191 Herzoperationen im Bundesdurchschnitt je 1 Mio. Einwohnern aus. Ein Vergleich mit anderen Bundesländern belege, dass gerade in Baden-Württemberg der Bedarf an herzchirurgischen Leistungen noch nicht gedeckt sei. In Baden-Württemberg seien lediglich 958 Herzoperationen je 1 Mio. Einwohnern durchgeführt worden. Dabei sei ferner zu berücksichtigen, dass in den vorhandenen Statistiken lediglich Operationen mit Herz-Lungen-Maschine aufgeführt seien, nicht jedoch Verfahren der minimalinvasiven Herzchirurgie. Dieser Bedarf nach minimalinvasiver Herzchirurgie steige ständig. Da diese Maßnahmen in besonderem Maße in ihrer Klinik durchgeführt würden, liege insoweit eine besondere Bedarfsgerechtigkeit vor. Auch die Bedarfsannahmen im Bereich Herzchirurgie des Landes im Rahmen des Krankenhausplanes 2000 entsprächen nicht dem tatsächlichen Bedarf an herzchirurgischen Leistungen. Unter dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung sei anzustreben, Herzkatheter-Messplätze auf Herzchirurgie unter einem Dach anzusiedeln. Eine Bindung an die nicht zutreffenden Vorgaben des Krankenhausplans 2000 bestehe für die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit nicht. Unter Berücksichtigung des Herzberichts 2000 sei die Annahme eines Bedarfs an herzchirurgischen Leistungen in Höhe von 1.000 Operationen je 1 Mio. Einwohnern nicht haltbar. Dies ergebe sich schon daraus, dass ein bundesdurchschnittlicher Bedarf von 1.191 Operationen je 1 Mio. Einwohnern bestehe. Es müsse auch davon ausgegangen werden, dass bei der Bedarfsannahme des Landes minimalinvasive herzchirurgische Eingriffe nicht berücksichtigt seien. Der Krankenhausplan berücksichtige auch nicht den Bedarf in der Bodenseeregion und verweigere der dortigen Bevölkerung zu Unrecht eine wohnortnahe Versorgung mit herzchirurgischen Leistungen. Soweit Zweifel an ihrer Bedarfsgerechtigkeit bestünden, sei zur Frage des tatsächlichen

Bedarfs in ihrem Einzugsbereich ein Sachverständigengutachten zu erheben.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 28. September 2000 aufzuheben und die Beklagten unter Aufhebung des Bescheids vom 16. Juli 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27. Oktober 1997 zu verurteilen, mit ihr einen Versorgungsvertrag über 60 Akutbetten im Bereich der Herzchirurgie abzuschließen.

Die Beklagten beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte zu 1) macht unter Einreichung verschiedener Unterlagen federführend geltend, das angegriffene Urteil sei zu Recht ergangen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags. Dass [§ 109 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) derzeit verfassungswidrig sein könne, soweit eine Bedarfsprüfung vorgeschrieben sei, ergebe sich aus der Rechtsprechung des BSG nicht. Dies werde auch durch das zuletzt ergangene Urteil des BSG vom 26. April 2001 ([\[B 3 KR 18/99 R\] BSGE 88, 111 = SozR 3-2500 § 109 Nr. 8](#)) bestätigt. Das BSG habe darauf hingewiesen, dass erst die künftige Entwicklung ab 2003 abgewartet werden müsse. Ferner sei zu berücksichtigen, dass der Krankenhausplan keinen zusätzlichen Bedarf ausweise; die dortigen planerischen Entscheidungen zum Bedarf könnten auch nicht in Zweifel gezogen werden. Es bestehe eine Bedarfsdeckung gerade auch für die hier regional betroffene Bevölkerung im Regierungsbezirk Freiburg, d.h. im Versorgungsgebiet IV. Selbst wenn in Baden-Württemberg, verglichen mit dem Bundesgebiet, am wenigsten Herzoperationen durchgeführt würden, beinhalte diese Tatsache keine Aussage zur Qualität der hiesigen Versorgung bzw. zu einem eventuellen Defizit hinsichtlich der Versorgung der Wohnbevölkerung. Da gerade auch ein erheblicher Anteil der Herzoperationen an der nicht baden-württembergischen Bevölkerung ausgeführt werde, sei eine weitergehende Kapazität vorhanden, die einen Bedarf gerade nicht erkennen lasse.

Der Beigeladene hat keinen Antrag gestellt. Er trägt unter Einreichung verschiedener Unterlagen vor, die Berufung der Klägerin könne keinen Erfolg haben. Die Erforderlichkeit einer Bedarfsprüfung ergebe sich aus [§ 109 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#). Ein Bedarf bestehe insoweit nicht. Die Bedarfsannahmen der Landeskrankenhausplanung des Landes Baden-Württemberg seien nicht zu beanstanden. Dies ergebe sich auch aufgrund des vorgelegten Herzberichts 2000, der von der Klägerin teilweise sehr einseitig in ihrem Interesse und ohne Berücksichtigung der Gesamtzusammenhänge gewürdigt werde. Der aktuelle Herzbericht belege, dass zwischenzeitlich ein Sättigungsgrad in der herzchirurgischen Versorgung in Deutschland erreicht sei. Auch im Bereich der Herzoperationen ohne Herz-Lungen-Maschine sei im Verhältnis zwischen 1999 und 2000 kaum noch eine Steigerungsrate zu verzeichnen. Die Klägerin gehe fehl, wenn sie aus der Zahl der Herzoperationen hier je 1 Mio. Einwohnern in Baden-Württemberg im Vergleich zum Durchschnitt aller Bundesländer einen Fehlbedarf ableite.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der vorgelegten Verwaltungsakten der Beklagten zu 1) sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig und auch sonst statthaft. Sie ist auch teilweise begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 16. Juli 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27. Oktober 1997 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten, soweit es die Beklagten abgelehnt haben, mit der Klägerin einen Versorgungsvertrag über 20 Akutbetten im Bereich der Herzchirurgie abzuschließen. Insoweit besteht ein Anspruch der Klägerin. Hinsichtlich des darüber hinausgehenden Begehrens, das auf Zulassung von insgesamt 60 Akutbetten gerichtet ist, erweist sich die Berufung als unbegründet.

Die Klägerin hat, entgegen der Ansicht des SG, das den konkreten Bedarf im baden-württembergischen Bodenseeraum nicht ausreichend berücksichtigt hat, einen Anspruch auf den künftigen Abschluss eines Versorgungsvertrags nach [§ 108 Nr. 3 SGB V](#) im Umfang von 20 Akutbetten für den Bereich der Herzchirurgie, weil dies in diesem Umfang für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten im baden-württembergischen Bodenseeraum erforderlich ist. Auch der Senat bejaht die Verfassungsmäßigkeit dieser Bedarfsprüfung nach [§ 109 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#). Die Verfassungsmäßigkeit dieser Norm hat das BSG, bezogen auf das hier maßgebende geltende Vergütungssystem, noch im Urteil vom 16. April 2001 ([BSGE 88, 111 = SozR 3-2500 § 109 Nr. 8](#)) bestätigt. Dem schließt sich der an. Dabei hat das BSG ausdrücklich offen gelassen, ob sich für die ab 2003 vorgesehene Einführung eines umfassend neuen Vergütungssystems an dieser Beurteilung etwas ändern werde, weil dies derzeit noch nicht abzusehen sei. Über diese Frage war daher auch hier nicht zu befinden, da die Entscheidung über den Abschluss eines Versorgungsvertrags nach dem derzeit geltenden Vergütungssystem zu beurteilen ist. Bei der hier entscheidungserheblichen Frage, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang die Klägerin zur bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten im Bereich der Herzchirurgie notwendig ist, handelt es sich um eine tatsächliche Feststellung, die nach der aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung zu treffen ist, ohne dass der aktuelle Krankenhausplan für Baden-Württemberg Tatbestands- oder Bindungswirkung entfaltet; auch ist den Beklagten dabei kein gerichtsfreier Beurteilungsspielraum eingeräumt (vgl. dazu zuletzt [BSGE 88, 111 = SozR 3-2500 § 109 Nr. 8](#)). Daher spielt es hier auch keine Rolle, dass der Antrag der Klägerin auf Aufnahme in den Krankenhausplan bescheidmäßig abgelehnt und deswegen ein verwaltungsgerichtliches Streitverfahren anhängig gemacht wurde, das derzeit ruht. Zwar mag, wie es sich aus der allgemeinen Argumentation der Beklagten und des Beigeladenen ergibt, eine auf das gesamte Bundesland Baden-Württemberg bezogene statistische Durchschnittsbetrachtung ergeben, dass der durchschnittlich je 1 Mio. Einwohner in Baden-Württemberg aktuell bestehende Bedarf an operativen herzchirurgischen Leistungen durch die neun zugelassenen Plankrankenhäuser gedeckt ist, wenn nach dem Krankenhausplan von 1.000 Operationen ausgegangen wird. Bei dieser Durchschnittsbetrachtung wäre auch entgegen der Ansicht der Klägerin ein sich auf das österreichische Bundesland Vorarlberg evtl. beziehender Bedarf nicht zu berücksichtigen. Im Übrigen ist es aber auch nicht zulässig, wie unten auszuführen sein wird, bei der durchschnittlichen landesweiten Bedarfsdeckung in Baden-Württemberg hilfsweise auch Kapazitäten für Herzoperationen in Kliniken in der Schweiz einzubeziehen. Bei dieser Durchschnittsbetrachtung wird jedoch weder von den Beklagten noch vom Beigeladenen der regionale Bedarf im baden-württembergischen Bodenseeraum, insbesondere in und um Konstanz, ausreichend berücksichtigt, der hier nach

Überzeugung des Senats die Zulassung der Klä-gerin mit 20 Akutbetten im Bereich der Herzchirurgie rechtfertigt. Das Vorliegen dieses regiona-len Bedarfs im genannten Umfang stützt der Senat wesentlich einerseits auf die ihm bekannte ungünstige Verkehrs-anbindung der genannten Region, bezogen auf das von den Beklagten für die Versicherten genannte nächstgelegene Plankrankenhaus im Bereich der Herzchirurgie in Freiburg. Diese ungünstige Verkehrs-anbindung bezieht sich sowohl auf die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln wie auch mittels Privatfahrzeugen bzw. Krankenwagen auf der Straße. So erweist sich für den Sommer die Straßenverbindung aus der Bodenseeregion nach Freiburg im Hinblick auf den Urlaubsverkehr als erheblich erschwert. Mit dem Hinweis der Be-klagten auf die Möglichkeit, gegebenenfalls bei notwendigem Hubschraubertransport auch auf Rettungshubschrauber aus der Schweiz zurückgreifen zu können, kann der Bedarf hinsichtlich einer wohnortnäheren herzchirurgischen Versorgung innerhalb der Region für die Klägerin in Konstanz nicht verneint werden. Im Übrigen ist im Hinblick auf den Nebel am Bodensee im Herbst und Winter selbst ein notwendiger Hubschraubertransport nach Freiburg wesentlich er-schwert, wie auch die Klägerin dargelegt hat. Zum anderen fällt für den Senat bei der Bejahung des regionalen Bedarfs entscheidend ins Gewicht, dass die Klägerin in nicht unerheblichem Um-fang Notfallbehandlungen im Bereich der Herzchirurgie erbringt, die von den gesetzlichen Krankenkassen als solche vergütet werden. Dies ergibt sich für den Senat beispielhaft auch aus Streitverfahren der Klägerin mit der Beklagten zu 1), in denen allein um die Höhe der Notfall-vergütung gestritten wurde. Darauf, in welchem statistischen Durchschnitt in Baden-Württemberg herzchirurgische Notfalleingriffe vorgenommen werden, kommt es dabei nicht an. Auch die Beklagten selbst haben nicht geltend gemacht, dass die von der Klägerin seit ihrer Er-öffnung außerhalb eines Versorgungsvertrags stationär behandelten Versicherten ohne Weiteres doch in zugelassenen Plankrankenhäusern hätten versorgt werden können, mag es auch in Ein-zelfällen Streit darüber geben, ob ein Notfall im Sinne des Gesetzes tatsächlich vorgelegen hat. Weiter haben die Beklagten auch nicht dargelegt, dass ohne die hier bejahte Zulassung von 20 Akutbetten im Bereich der Herzchirurgie zugunsten der Klägerin künftig keine Notfallbehand-lungen durch die Klägerin mehr erforderlich sein könnten, weil sämtliche bisher durch die Klä-gerin durchgeführten Notfallbehandlungen auch in zugelassenen Plankrankenhäusern in Baden-Württemberg vorgenommen werden könnten. Soweit die Beklagten auf die Möglichkeit von regionalen Notfallbehandlungen von Versicherten aus Baden-Württemberg in der Schweiz, wie in Kliniken in Kreuzlingen bzw. in Zürich, hinweisen, kann damit ein entsprechender Bedarf für 20 Krankenhausbetten in der Region nicht verneint werden. Vielmehr haben die Beklagten die ausreichende Versorgung der Versicherten im Bereich der Herzchirurgie durch zugelassene in-ländische Krankenhäuser sicherzustellen. Ein Bedarf für Versicherte in Baden-Württemberg kann daher nicht unter Hinweis auf möglicherweise vorhandene Betten bzw. Operationskapazitä-ten in der Schweiz verneint werden, zumal beispielsweise bei einer Notfallbehandlung von hier krankenversicherten Personen in der Schweiz ohnehin von den deutschen Krankenkassen nicht die bekanntermaßen erheblich höheren Schweizer Vergütungssätze für Ausländer übernommen werden. Eventuelle stationäre Behandlungskapazitäten im Ausland, hier in der Schweiz, können somit nicht zu Lasten der bei der Klägerin vorhandenen Kapazitäten berücksichtigt werden. Die genannten Gesichtspunkte rechtfertigen im Hinblick auf die wesentlichen regionalen Besonder-heiten den Abschluss eines Versorgungsvertrags über 20 Akutbetten. Hingegen kann die Klägerin nicht den Abschluss eines Versorgungsvertrags über insgesamt 60 Akutbetten verlangen, um auf diese Art und Weise den Vertragsstatus für ihren gesamten Kli-nikbetrieb zu erreichen, zumal der Ärztliche Direktor der Klägerin Prof. Dr. Maaß in der mündli-chen Verhandlung vor dem Senat erklärt hat, die Klägerin könne mit der Zulassung von 20 Bet-ten leben. Ein weitergehender Bedarf lässt sich auch nicht damit begründen, dass sich die Klä-gerin darauf beruft, sie habe sich auf minimalinvasive Behandlungen im Bereich der Herzchirurgie spezialisiert. Insoweit vermag der Senat kein neuartiges Behandlungsangebot im Bereich der Herzchirurgie anzuerkennen, das nicht als Teilbereich auch durch die im Bereich der Herzchi-rurgie bereits zugelassenen Plankrankenhäuser abgedeckt wird. Die Erhebung eines Sachver-ständigengutachtens war deshalb nicht geboten. Dem Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrags in dem hier festgestellten Umfang steht auch [§ 109 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) nicht entgegen. Danach darf ein Versorgungsvertrag auch nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet. Dafür, dass die Krankenhausbehandlung durch die Klägerin insoweit nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Be-handlung bieten könnte, ergeben sich keine Anhaltspunkte. Die Beklagten haben dies auch nicht geltend gemacht. Hinsichtlich des Wirtschaftlichkeitsgebots ist im Übrigen auch auf die Verein-barung der Klägerin mit den Beklagten zu 2) und 3) vom Mai 1997 hinzuweisen, unabhängig davon, dass diese Vereinbarung bisher keine Gültigkeit erlangt hat.

Danach waren die Beklagten unter Abänderung des sozialgerichtlichen Urteils sowie der ange-griffenen Bescheide zu verurteilen, mit der Klägerin einen Versorgungsvertrag über 20 Akutbet-ten im Bereich der Herzchirurgie abzuschließen. Im Übrigen war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und Abs. 4 Satz 2 SGG](#) i.V.m. [§ 116 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1](#) der Bundesrechtsanwaltsgebührenordnung und [§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGG](#) in der bis zum 01. Januar 2002 geltenden Fassung.

Gründe für eine Revisionszulassung liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2005-06-16