

L 10 KR 825/21 KH

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10.
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 23 KR 766/18
Datum
09.09.2021
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KR 825/21 KH
Datum
04.09.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 09.09.2021 wird unter Abweisung auch der Anfechtungsklage gegen die Entscheidung der Beklagten vom 02.03.2018 zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Gerichtskosten und die außergerichtlichen Kosten der Beklagten in beiden Rechtszügen sowie die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen im Berufungsverfahren. Im Übrigen trägt die Beigeladene ihre Kosten selbst.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 2.500.000,00 € festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§§ 108 Nr. 3, 109 SGB V](#) mit den beklagten Kassenverbänden.

Die Klägerin betreibt ein psychosomatisches Krankenhaus in X.. Dieses nimmt als stationäre Rehabilitationseinrichtung an der entsprechenden Versorgung teil. Bemühungen der Klägerin um Aufnahme in den Krankenhausplan 2015 sind dagegen vor den Verwaltungsgerichten ohne Erfolg geblieben (*Urteile des VG Minden vom 18.04.2016 - [6 K 320/15](#) - und 27.04.2018 - [6 K 7153/17](#) -; nachgehend Beschlüsse des OVG NRW vom 16.05.2017 - [13 A 1105/16](#) - bzw. 26.06.2020 - [13 A 2097/18](#) -; alle bei juris*), ebenso hiergegen gerichtete Verfassungsbeschwerden (*zum späteren Verfahren s. VerfGH NRW, Beschluss vom 27.04.2021 - 115/20.VB-1 -, juris*).

Unter dem 08.11.2017 beantragte die Klägerin bei den Beklagten zudem den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§§ 108 Nr. 3, 109 SGB V](#) über einen Versorgungsumfang von 15 vollstationären Betten sowie vier teilstationären Plätzen.

Die Beklagten lehnten den Abschluss eines entsprechenden Versorgungsvertrages unter dem 02.03.2018 ab. Es bestünden erhebliche Zweifel an der Zulässigkeit des Antrags. Das Krankenhaus habe eine Wahl zwischen der Aufnahme in den Krankenhausplan und dem

Abschluss eines Versorgungsvertrages zu treffen. Ihren Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan habe die Klägerin aber nicht zurückgenommen. In der Sache dürfe ein Versorgungsvertrag nicht abgeschlossen werden, da das Leistungsspektrum des Krankenhauses gegenüber solchen Krankenhäusern, die Leistungen der Psychiatrie und Psychosomatik anböten, begrenzt sei. Insbesondere entfielen die Pflichtversorgung nach dem PsychKG. Ob und inwieweit dies Auswirkungen auf die Wirtschaftlichkeit habe, könne ohne konkrete Daten nicht beurteilt werden. Darüber hinaus sei das Versorgungskonzept des Krankenhauses nicht mit dem integrativen Versorgungskonzept für Psychiatrie und Psychosomatik nach dem Krankenhausplan 2015 vereinbar. Hierbei handle es sich um eine Qualitätsanforderung nach Landesrecht, die beim Abschluss von Versorgungsverträgen zu beachten sei. Auch werde der tatsächliche Bedarf an Pflgebetagen im Kreis C. auf Grundlage des Krankenhausplans gedeckt; das Krankenhaus sei für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung nicht erforderlich.

Unter dem 23.04.2018 stimmte der Beigeladene der Ablehnung eines Versorgungsvertrages mit der Klägerin zu.

Die Klägerin hat am 25.04.2018 Klage zum Sozialgericht Köln erhoben.

Sie hat vorgetragen, die Klage sei als allgemeine Leistungsklage statthaft. Ihr Angebot sei auch bedarfsgerecht, so dass ein Rechtsanspruch auf Abschluss des Versorgungsvertrages bestehe. Das integrative Versorgungskonzept nach dem Krankenhausplan 2015 sei ohne Belang. Die Bedarfsprüfung bei Abschluss eines Versorgungsvertrages habe sich an den Fachgebieten gemäß den einschlägigen Weiterbildungsordnungen auszurichten; die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-C. differenziere aber zwischen den Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Auch nach dem Krankenhausplan 2015 verfügten nur 1,5 % der Krankenhäuser über einen Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Psychosomatik. Ausweislich eines für sie von Dr. P., E., erstellten Gutachtens vom 16.04.2020 würden in Nordrhein-Westfalen 3.019 Psychosomatik-Betten zusätzlich benötigt, davon entfielen nach dem sog. Niedersachsen-Konzept, wonach die Fachgebiete Psychiatrie und Psychosomatik danach abgegrenzt werden, welcher Anteil an der Gesamtzahl von Behandlungsfällen mit bestimmten Hauptdiagnosen psychiatrische und welcher Anteil psychosomatische Fälle betreffe, 457 auf den Regierungsbezirk B.. Selbst ausgehend von einer Ist-Verteilung der Diagnosen auf die Fachgebiete Psychiatrie und Psychosomatik ergebe sich für den Regierungsbezirk B. immer noch ein Bedarf von zusätzlichen 230 Betten. Wegen der Einzelheiten wird auf den Inhalt des aktenkundigen Parteigutachtens verwiesen.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verpflichten, das Angebot der Klägerin auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach den [§§ 108 Nr. 3, 109 SGB V](#) im Umfang von 15 vollstationären und 4 teilstationären Betten im Fachgebiet Psychosomatik und Psychotherapie anzunehmen.

Die Beklagten haben beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie haben ihre Ablehnungsentscheidung verteidigt und ergänzend im Wesentlichen Folgendes vorgetragen: Die Klage sei bereits unzulässig, weil noch eine Verfassungsbeschwerde gegen die Entscheidungen, mit denen die Verwaltungsgerichte die Aufnahme in den Krankenhausplan abgelehnt hätten, beim Bundesverfassungsgericht anhängig und das Verfahren über die Aufnahme in den Krankenhausplan damit noch nicht rechtskräftig abgeschlossen sei. Weiter sei das Krankenhaus der Klägerin weniger leistungsfähig, beachte nicht das integrative Versorgungskonzept des Krankenhausplans als landesrechtliche Qualitätsanforderung und sei – auch nach dem von der Klägerin vorgelegten Parteigutachten – für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung nicht erforderlich. Insbesondere gehe das Gutachten mit dem Niedersachsen-Konzept von nicht auf Nordrhein-Westfalen übertragbaren Voraussetzungen aus.

Der Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Er hat ergänzend zum Vorbringen der Beklagten vorgetragen, die Klägerin beabsichtige offenbar sogar innerhalb der psychosomatischen Diagnosen zu selektieren und sei deshalb noch nicht einmal für das Fachgebiet der Psychosomatik leistungsfähig.

Das Sozialgericht hat den Ersteller des von der Klägerin vorgelegten Gutachtens, Dr. P., in der mündlichen Verhandlung vom 09.09.2021 als Zeugen vernommen. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf den Inhalt der Sitzungsniederschrift Bezug genommen.

Sodann hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen (*Urteil vom 09.09.2021*). Es hat die Klage dabei „noch als zulässig angesehen.“ Die Klägerin habe aber keinen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages. Es fehle bereits an der Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung. Insbesondere biete die Klägerin im Vergleich zu anderen Kliniken lediglich ein begrenztes Leistungsspektrum an. Die Beschränkung auf die Psychosomatik sei nicht nachvollziehbar. Auch der Umstand, dass die Pflichtversorgung nach dem PsychKG entfele, spreche dafür, dass durch das beschränkte Leistungsspektrum eine geringere Leistungsfähigkeit im Vergleich zu anderen Kliniken gegeben sei. Dies entspreche auch den landesvertraglichen Qualitätsanforderungen. Zudem sei nicht erkennbar, dass der Abschluss eines Versorgungsvertrages für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten erforderlich wäre. Zwar lasse sich der maßgebliche fachliche Vergleichsbereich insoweit nicht klar ableiten, weil die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein zwischen den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie einerseits sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie andererseits unterscheide, der Krankenhausplan aber gerade ein integratives Konzept für Psychiatrie und Psychosomatik vorsehe. In der Gesamtschau bestünden zwischen Psychiatrie und Psychosomatik aber gerade im Bereich der stationären Krankenhausversorgung zahlreiche Überschneidungen bei Diagnostik und Therapie, so dass von einem einheitlichen Fachbereich auszugehen sei. Insoweit sei jedoch ein weiterer Bedarf nicht erkennbar. Auch aus dem von der Klägerin vorgelegten Parteigutachten sowie der Einlassung von dessen Verfasser, des Zeugen Dr. P., ergebe sich nichts anderes, weil dieses Gutachten auf dem sog. Niedersachsen-Konzept beruhe und damit das integrative Konzept für Psychiatrie und Psychosomatik des nordrhein-westfälischen Krankenhausplans gerade nicht berücksichtige.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 22.09.2021 zugestellte Urteil wendet sich die Klägerin mit ihrer am 14.10.2021 eingelegten Berufung.

Zur Begründung wiederholt und vertieft sie ihr Vorbringen aus dem Klageverfahren. Ergänzend trägt sie vor, das Fachgebiet Psychosomatik sei „hoffnungslos unterversorgt“. Für die Aufnahme in den Krankenhausplan komme es auf das integrative Versorgungskonzept des Krankenhausplans nicht an. Maßgeblich für die Leistungsfähigkeit sei allein, ob das Krankenhaus mit dem vorhandenen Personal und der verfügbaren medizinischen Technik die voraussichtliche Anzahl von Patienten nach dem Stand der Medizin ausreichend versorgen könne. Der Krankenhausplan sei ein reines Verwaltungsinternum ohne Bindung für die Kassenverbände und deshalb für den Abschluss von Versorgungsverträgen irrelevant. Dies gelte auch mit Blick auf die Bedarfsprüfung, denn ein Krankenhausplan stelle lediglich den Bedarf auf Landesebene fest, während ein Versorgungsvertrag bundesweit gelte.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 09.09.2021 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 02.03.2018 zu verurteilen, ihr Angebot auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§§ 108 Nr. 3, 109 SGB V](#) über eine Versorgung im Umfang von 15 vollstationären Betten und 4 teilstationären Plätzen im Fachgebiet Psychosomatik anzunehmen.

Die Beklagten beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie halten das angegriffene Urteil für zutreffend und tragen ergänzend vor, die Zweifel an der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses würden dadurch untermauert, dass auch die einschlägigen OPS-Mindestmerkmale ([§ 275d SGB V](#)) mangels eines aktuellen Konzepts nicht geprüft werden könnten.

Der Beigeladene beantragt ebenfalls,

die Berufung zurückzuweisen.

Er trägt vor, vor Abschluss eines Versorgungsvertrages seien weitergehende Anforderungen an die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses zu beachten. Die Funktion des Zustimmungserfordernisses der Landesbehörden zum Versorgungsvertrag ([§ 109 Abs. 3 S. 2 SGB V](#)) liege darin, mangels direkter Bindung der Kassenverbände an den Krankenhausplan die Ziele der Krankenhausplanung bei Abschluss eines Versorgungsvertrages dennoch zur Geltung zu bringen. Das Krankenhaus der Klägerin erfülle aber das – auch im Krankenhausplan 2022 fortgeführte – integrative Versorgungskonzept nicht. Aus diesem Grund sei es auch nicht geeignet, einen etwaigen zusätzlichen Bedarf zu decken. Zudem werde der Bedarf bereits durch die – gegenüber Vertragskrankenhäuser vorrangigen – Plankrankenhäuser gedeckt. Der Krankenhausplan 2022 sehe für das Versorgungsgebiet, in dem das Krankenhaus der Klägerin liege (*VG 10*), einen Bedarf von 388.616 Belegtagen für voll- und 99.675 Belegtagen für teilstationäre Versorgung vor. Dies entspreche bei einer Auslastung von 90 % einer Kapazität von 1.183 Betten bzw. 443 Plätzen und decke sich exakt mit den nach den aktuellen krankenhauplanerischen

Feststellungsbescheiden vorgehaltenen Soll-Kapazitäten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie des beigezogenen Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen. Dieser ist Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, aber unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen.

1. Soweit die Klägerin im Berufungsverfahren ausdrücklich auch Anfechtungsklage gegen die Entscheidung der Beklagten vom 02.03.2018 erhoben hat, ist die Klage bereits unstatthaft, weil es sich bei der Entscheidung der Beklagten, den Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages abzulehnen, nicht um einen Verwaltungsakt handelt (*dazu a und b*); klarstellend hat der Senat die Klage in seinem Entscheidungstenor auch insoweit abgewiesen. Soweit die Klägerin ihren Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages mit einem Umfang von 15 vollstationären Betten und vier teilstationären Plätzen für – allein – das Fachgebiet der Psychosomatik weiterverfolgt, ist statthafte und auch im Übrigen zulässige Klageart vielmehr die allgemeine Leistungsklage (*dazu c*).

a) Gemäß [§ 54 Abs. 1 S. 1 SGG](#) kann mit der Klage die Aufhebung eines Verwaltungsaktes oder seine Abänderung begehrt werden. Die Ablehnung, einen Versorgungsvertrag abzuschließen, ist indes kein Verwaltungsakt (*wie hier auch die inzwischen wohl h.M.: Bockholdt in Hauck/Noftz, SGB V <Stand: X/2023>, § 109 Rn. 105 ff.; Wahl in jurisPK-SGB V, 4. Aufl. 2020 <Stand: 13.07.2024>, § 109 Rn. 104 ff.; Knittel in Krauskopf, SozKV <Stand: VI/2019>, § 109 SGB V Rn. 7 f.; Stollmann in BeckOK-KHR <Stand: 01.06.2024>, § 109 SGB V Rn. 6; Jousen in Bergmann/Pauge/Steinmeyer, Ges. MedR, 4. Aufl. 2024, § 109 SGB V Rn. 7; Knispel, NZS 2006, 120 <122 f>; vgl. auch Becker in Becker/Kingreen, SGB V, 9. Aufl. 2024, § 109 Rn. 9; a.A. BSG, Urteil vom 29.05.1996 – [3 RK 23/95](#) –, juris Rn. 15 ff.; Urteil vom 05.07.2000 – [B 3 KR 20/99 R](#) –, juris Rn. 18; Hess in BeckOGK-SGB V <Stand: V/2020>, § 109 Rn. 4; zur Kündigung eines Versorgungsvertrages nunmehr auch BSG, Urteil vom 13.12.2022 – [B 1 KR 37/21 R](#) –, Rn. 20 m.w.N.).*

Verwaltungsakt ist gemäß [§ 31 S. 1 SGB X](#) jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist.

aa) Die Rechtsprechung hat diese Merkmale zunächst auch unter [§ 109 SGB V](#) als erfüllt gesehen (*dazu sowie zum Folgenden: BSG, Urteil vom 29.05.1996, a.a.O. Rn. 15 ff. m.w.N. auch zur Rspr. unter § 371 RVO*). Insbesondere bestehe ein Über- und Unterordnungsverhältnis, weil dem Abschluss des Versorgungsvertrages die Frage, ob die Kassenverbände einen solchen schließen, notwendig vorgelagert sei (Zwei-Stufen-Theorie). Dass der Gesetzgeber von einem Verwaltungsakt ausgehe, zeige im Umkehrschluss auch [§ 73 Abs. 2 S. 2 SGB XI](#), der für Klagen gegen die Ablehnung von Versorgungsverträgen im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung eine Ausnahme vom Vorverfahrenserfordernis mache und die aufschiebende Wirkung ausschließe. Schließlich handelten die Kassenverbände insoweit, wenn auch „gemeinsam“ ([§ 109 Abs. 1 S. 1 SGB V](#)), als Behörden.

bb) Diese Rechtsprechung hat das Bundessozialgericht mit Blick auf das grundgesetzliche Verbot der Mischverwaltung zwischen Bund und Ländern – namentlich den Landesverbänden der Krankenkassen auf der einen und den Ersatzkassen auf der anderen Seite – zuletzt selbst in Frage gestellt, ohne dies aber letztlich entscheiden zu müssen (*dazu BSG, Urteil vom 28.07.2008, a.a.O. Rn. 19 f., m.Anm. Felix, SGB 2009, 360 <369 f.>; BSG, Urteil vom 16.05.2012 – [B 3 KR 9/11 R](#) –, juris Rn. 21*). Die inzwischen wohl h.M. im Schrifttum hat sich den Bedenken angeschlossen und darüber hinaus teilweise weitere formuliert, insbesondere, dass der Gesetzgeber den öffentlichen-rechtlichen Vertrag als Handlungsform vorgesehen habe und damit grundsätzlich von einem Gleichordnungsverhältnis ausgehe (*Bockholdt, a.a.O. Rn. 107; Wahl, a.a.O. Rn. 105 f.; Knittel, a.a.O. Rn. 7; Stollmann, a.a.O. Rn. 6; Jousen, a.a.O. Rn. 6; Knispel, a.a.O. S. 122 f.*).

cc) Der Senat schließt sich der zuletzt genannten Auffassung an. Die Ablehnung, einen Versorgungsvertrag nach [§ 109 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) abzuschließen, ist kein Verwaltungsakt. Es ist bereits zweifelhaft, ob in der Ablehnung eines Vertragsschlusses überhaupt eine Regelung i.S.d. [§ 31 S. 1 SGB X](#) liegt (*dazu <1>*), jedenfalls aber handelt es sich nicht um eine hoheitliche Maßnahme (*dazu <2>*).

(1) Eine Regelung i.S.d. [§ 31 S. 1 SGB X](#) liegt vor, wenn mit der in Rede stehenden Maßnahme eine potentiell verbindliche Rechtsfolge gesetzt wird, d.h. durch sie Rechte begründet, geändert, aufgehoben oder verbindlich festgestellt werden oder die Begründung, Änderung, Aufhebung oder verbindliche Feststellung solcher Rechte mit Außenwirkung abgelehnt wird (*BSG, Urteil vom 15.06.2016 – [B 4 AS 36/15 R](#) –, Rn. 16; BSG, Urteil vom 21.05.1996 – [12 RK 67/94](#) –, juris Rn. 21 m.w.N.; Engelmann in Schütze, SGB X, 9. Aufl. 2020, § 31 Rn. 40*). Die Ablehnung, einen Versorgungsvertrag abzuschließen, bewirkt indes keine Rechtsfolgen. Vielmehr besteht der vertragslose Zustand fort.

Insoweit gilt nichts anderes als dann, wenn die Kassenverbände auf den Antrag eines Krankenhauses schlicht gar nicht reagieren würden. In beiden Fällen kommt ein Vertrag nicht zustande (vgl. [§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 146 BGB](#)). Der Umstand, dass auch die Ablehnung eines Versorgungsvertrages erst mit der Genehmigung durch die zuständigen Landesbehörden wirksam wird ([§ 109 Abs. 3 S. 2 SGB V](#)), ändert an dieser Beurteilung im Ergebnis ebenfalls nichts, denn das Genehmigungserfordernis sagt nichts über die Rechtsnatur der behördlichen Maßnahme aus. Dass mit der Ablehnung die (potenziell verbindliche) Feststellung einherginge, dass der Krankenhausträger keinen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages hat, schreibt das Gesetz nicht vor.

(2) In jedem Fall handelt es sich bei der Ablehnung eines Versorgungsvertrages aber nicht um eine hoheitliche Maßnahme. Hoheitlich ist eine einseitige behördliche Handlung, die nur der Behörde, nicht aber ihrem Adressaten in dieser Form ihrer Art nach zusteht (vgl. BSG, Beschluss vom 31.08.2011 - [GS 2/10](#) -, juris Rn. 15; Engelmann, a.a.O. Rn. 17). Zwar handelt es sich bei der Ablehnung eines Versorgungsvertrages um eine einseitige Willenserklärung, insofern diese keiner Mitwirkung des Krankenhausträgers oder Dritter bedarf. Entscheidend für die Einordnung als hoheitliche Maßnahme ist allerdings nicht der Umstand, dass die Maßnahme einseitig erlassen wird, sondern die rechtliche Befugnis hierfür, die herkömmlich aus einem Über- und Unterordnungsverhältnis hergeleitet wurde bzw. nach neuerer Lehre aus dem jeweils einschlägigen öffentlich-rechtlichem Sonderrecht (dazu Harich, a.a.O. Rn. 50 f. m.w.N.). Vorliegend ergibt sich die "Einseitigkeit" aber nicht aus einem Über- und Unterordnungsverhältnis oder öffentlichen Sonderrecht, sondern schlicht daraus, dass der Gesetzgeber die Parteien eines Versorgungsvertrages in ein Gleichordnungsverhältnis zu einander gesetzt hat (vgl. dazu BSG, Urteil vom 13.12.2022, a.a.O. Rn. 21, 23, wonach sich [§§ 109, 110 SGB V](#) keine Anhaltspunkte für ein Über- und Unterordnungsverhältnis entnehmen ließen) und es zum Zustandekommen eines Versorgungsvertrages danach der Zustimmung aller Parteien bedarf. Für ein Gleichordnungsverhältnis spricht auch, dass [§ 109 SGB V](#) keine Regelungen enthält, die darauf hindeuteten, dass der Gesetzgeber insoweit von einer Verwaltungsaktbefugnis der Kassenverbände ausgegangen wäre (anders etwa [§ 73 Abs. 2 S. 2 SGB XI](#); dazu auch BSG, a.a.O. Rn. 22). Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Zwei-Stufen-Theorie. Dies zeigt sich schon daran, dass, wenn diese hier einschlägig wäre, auch die Zustimmung zu einem Versorgungsvertrag ein Verwaltungsakt sein müsste (Actus-contrarius), was aber gerade nicht der Fall ist (vgl. dazu BSG, Urteil vom 15.01.1986 - [3/8 RK 5/84](#) -, juris Rn. 18; zum Ganzen auch: Wahl, a.a.O. Rn. 105; Bockholdt, a.a.O. Rn. 107; vgl. auch U. Stelkens in Stelkens/Bonk/Sachs, VwVfG, 10. Aufl. 2023, § 35 Rn. 137). Vor diesem Hintergrund ist auch der Umstand ohne Belang, dass ein Versorgungsvertrag, so er denn zustande kommt, gemäß [§ 109 Abs. 4 S. 1 SGB V](#) statusbegründende Wirkung hat.

b) Die Anfechtungsklage ist auch nicht deshalb statthaft, weil es sich bei der Entscheidung vom 02.03.2018 um einen sog. Formverwaltungsakt handelte. Zwar wird eine bloß in der äußeren Form eines Verwaltungsakts erlassene Verwaltungsmaßnahme wegen des von der Behörde gesetzten Rechtsscheins ggf. hinsichtlich ihrer Anfechtbarkeit als Verwaltungsakt behandelt (BSG, Urteil vom 13.08.2014 - [B 6 KA 6/14 R](#) - Rn. 26; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG, 14. Aufl. 2023, § 54 Rn. 8a; Harich in Hauck/Noftz, SGB X <Stand: VIII/2024>, § 31 Rn. 109). Die Entscheidung vom 02.03.2018 lässt sich mangels der einen schriftlichen Verwaltungsakt typischerweise charakterisierenden Merkmale - Bezeichnung als Bescheid, Rechtsbehelfsbelehrung (dazu BSG, Urteil vom 28.06.2022 - [B 12 KR 5/20 R](#) - Rn. 29) - jedoch nicht als Formverwaltungsakt einordnen.

c) Die Klage ist hingegen als allgemeine Leistungsklage statthaft. Gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) kann mit der Klage die Verurteilung zu einer Leistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht, auch dann begehrt werden, wenn ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte. Der begehrte Abschluss eines Versorgungsvertrages - genauer: die Abgabe hierauf gerichteter Willenserklärungen der Beklagten - ist eine Leistung i.S.d. [§ 54 Abs. 5 SGG](#) (vgl. BSG, Urteil vom 28.07.2008 - [B 1 KR 5/08 R](#) -, juris Rn. 15; des weiteren auch Urteil vom 16.05.2012, a.a.O. Rn. 21, dort noch offenlassend, ob [§ 54 Abs. 4 oder 5 SGG](#) einschlägig ist; vgl. auch BSG, Urteil vom 18.03.1999 - [B 3 P 8/98 R](#) -, juris, Rn. 9). Weiter hat ein Verwaltungsakt insoweit - wie soeben ausgeführt - nicht zu ergehen.

Die Leistungsklage ist weder an eine Klagefrist gebunden noch ist vor Klageerhebung ein Vorverfahren durchzuführen. Das Rechtsschutzbegehren der Klägerin hat sich auch nicht erledigt. Dass zwischenzeitlich der Krankenhausplan 2022 an die Stelle desjenigen von 2015 getreten ist, ist für die Zulässigkeit ohne Belang, weil der begehrte Versorgungsvertrag grundsätzlich unabhängig vom Fortbestand des Krankenhausplans ist (zu einem Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan vgl. BVerwG, Urteil vom 14.04.2011 - [3 C 17/10](#) -, Rn. 11 ff.).

Weiter scheidet die Zulässigkeit der Klage entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten auch nicht daran, dass die Klägerin neben dem vorliegenden Begehren nach Abschluss eines Versorgungsvertrages auch ihre Aufnahme in den Krankenhausplan betrieben hat. Zum einen sind die entsprechenden verwaltungsgerichtlichen Verfahren zwischenzeitlich rechtskräftig abgeschlossen ([§ 173 S. 1 VwGO](#) i.V.m. [§ 705 ZPO](#)). Das Verwaltungsgericht Minden hat die Klagen abgewiesen (Urteile vom 18.04.2016 - [6 K 320/15](#) - und 27.04.2018 - [6 K 7153/17](#) -) und das Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen die hiergegen gerichteten Nichtzulassungsbeschwerden zurückgewiesen (Beschlüsse vom 16.05.2017 - [13 A 1105/16](#) - bzw. 26.06.2020 - [13 A 2097/18](#)). Die zum Bundesverfassungsgericht bzw. zum Verfassungsgerichtshof für das Land Nordrhein-Westfalen erhobenen Verfassungsbeschwerden haben den Eintritt der Rechtskraft nicht gehemmt (Wöckel in Eyermann, VwGO, 16. Aufl. 2022, § 121 Rn. 1a). Darüber hinaus hat der Verfassungsgerichtshof die an ihn gerichtete Verfassungsbeschwerde mit Beschluss vom 27.04.2021 (115/20.VB-1) bereits als unzulässig zurückgewiesen und auch das Bundesverfassungsgericht nach Mitteilung der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat eine dort erhobene Verfassungsbeschwerde nicht zur Entscheidung angenommen.

Ohnehin gibt es keine Regel des Prozessrechts, die es einem Krankenhaus untersagte, parallel die Aufnahme in den Krankenhausplan und den Abschluss eines Versorgungsvertrages zu betreiben. Zwar ist den Beklagten zuzugeben, dass auch nach der Rechtsprechung des

Bundessozialgerichts (*Urteil vom 16.05.2012, a.a.O. Rn. 35*) der Betreiber eines Krankenhauses die Wahl hat, ob er die Zulassung zur Versorgung der Versicherten mit stationären Leistungen durch die Aufnahme in den Krankenhausplan oder durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages zu erreichen versucht. Dass er beide Wege aber nicht parallel zueinander geltend machen könnte, ist damit nicht gesagt. Wollte man aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (a.a.O.) insoweit etwas herauszulesen versuchen, könnte es sogar das Gegenteil sein:

„[Der Krankenhausbetreiber] kann sein Wahlrecht nach Zweckmäßigkeitsgesichtspunkten ausüben und ist nicht gehalten, zunächst [!] den Weg über die Planaufnahme zu beschreiten.“

Dies gilt umso mehr, als nach der Rechtsprechung auch eine Kombination des Status eines Plan- und dem eines Vertragskrankenhauses möglich ist (*BSG, a.a.O. Rn. 29*). Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus allgemeinen Grundsätzen des Prozessrechts. Insbesondere greift insoweit auch das Verbot doppelter Rechtshängigkeit ([§ 17 S. 2 GVG](#)) nicht, weil die Aufnahme in den Krankenhausplan auf der einen und der Abschluss eines Versorgungsvertrages auf der anderen Seite unterschiedliche Streitgegenstände betreffen. Inwieweit der Status als Plan- und der als Vertragskrankenhaus einander ggf. materiell-rechtlich ausschließen und deshalb, wenn das eine zugesprochen etwa das Rechtsschutzbedürfnis für das andere entfällt, ist in diesem Zusammenhang ohne Belang, weil die Klägerin bislang mit keinem ihrer Begehren erfolgreich gewesen ist.

2. Die Klage ist aber unbegründet. Der mit der Leistungsklage geltend gemachte Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages kommt der Klägerin nicht zu.

a) Maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage ist dabei grundsätzlich der der letzten mündlichen Verhandlung in der Berufungsinstanz (vgl. *BSG, Urteil vom 16.05.2012, a.a.O. Rn. 45*; so zu Versorgungsverträgen nach [§ 111 SGB V](#) auch: *BSG, Urteil vom 23.07.2002 - B 3 KR 63/01 R -*, juris Rn. 18; *Urteil vom 05.07.2000 - B 3 KR 12/99 R -*, juris Rn. 20). Dies folgt auch aus der statusbegründenden Funktion des Versorgungsvertrages (dazu *BSG, Urteil vom 28.07.2008 - B 1 KR 5/08 R -*, juris Rn. 44; *Urteil vom 29.05.1996, a.a.O. Rn. 38*). Ausnahmen greifen insoweit nicht ein (dazu unten c/bb <4>).

b) Ein Versorgungsvertrag kommt gemäß [§ 109 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform. Nicht abgeschlossen werden darf ein Versorgungsvertrag nach [§ 109 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) (i.d.F. des *Krankenhausstrukturgesetzes <KHSG> vom 10.12.2015, BGBl. I 2229*), wenn das Krankenhaus (Nr. 1) nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet, (Nr. 2) bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach [§ 6 Abs. 1a KHG](#) auf der Grundlage der vom G-BA nach [§ 136c Abs. 2 SGB V](#) übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist, die im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsanforderungen nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß nicht erfüllt, höchstens drei Jahre in Folge Qualitätsabschlägen nach [§ 5 Abs. 3a KHEntgG](#) unterliegt oder (Nr. 3) für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist.

[§ 109 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) schließt einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages dabei nicht von vorneherein aus. Zwar besteht danach ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nicht. Die Bestimmung bezieht sich aber nur auf die nachfolgende Regelung des [§ 109 Abs. 2 S. 2 SGB V](#), wonach die Kassenverbände bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden, welches Krankenhaus den Erfordernissen einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten sowie leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten gerecht wird. Diese Regelung wird durch die Bestimmung des [§ 109 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) lediglich im Sinne einer Klarstellung ergänzt. Nur im Zuge einer solchen Auswahl zwischen mehreren Bewerbern haben die Krankenkassen einen Entscheidungsspielraum; ansonsten handelt es sich um eine gebundene Entscheidung der Kassenverbände (so *BSG, Urteil vom 16.05.2012, a.a.O. Rn. 34 f.*; vgl. auch *BT-Drs. 11/2237, 197 <zu § 117 Abs. 2 SGB V-E>*; zu [§ 8 Abs. 2 KHG](#) zudem *BVerwG, Urteil vom 08.07.2022 - 3 C 2/21 -*, Rn. 12 m.w.N.).

Der Träger eines sich - wie vorliegend - allein bewerbenden Krankenhauses hat nach st. Rspr. vielmehr Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages, wenn es bedarfsgerecht ist und er die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung der GKV-Versicherten bietet (vgl. [§ 109 Abs. 3 S. 1 SGB V](#); *BSG, Urteil vom 16.05.2012, a.a.O. Rn. 31*; *Urteil vom 28.07.2008, a.a.O. Rn. 31*; *Urteil vom 29.05.1996, a.a.O. 25*; ebenso *Bockholdt, a.a.O. Rn. 55*; *Wahl, a.a.O. Rn. 63 ff.*; *Becker, a.a.O. Rn. 10*; *Stollmann, a.a.O. Rn. 10*; *a.A. Knittel, a.a.O. Rn. 16a*). Nach dem mit dem KHSG m.W. zum 01.01.2016 neu eingeführten [§ 109 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V](#) muss das Krankenhaus die dort genannten Qualitätsanforderungen erfüllen (vgl. zur Berücksichtigung des Qualitätsgebotes im Rahmen der Leistungsfähigkeit bereits *BSG, Urteil vom 28.07.2008, a.a.O. Rn. 48 f.*).

c) Nach diesen Maßstäben kann die Klägerin den Abschluss des begehrten Versorgungsvertrages nicht beanspruchen, weil nur ein Krankenhaus, das dem Grunde nach einen Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes hat, für den Abschluss eines Versorgungsvertrages in Betracht kommt (dazu aa). Darüber hinaus ist das Krankenhaus der Klägerin für eine bedarfsgerechte Versorgung nach [§ 109 Abs. 3 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) nicht erforderlich (dazu bb).

aa) Das Krankenhaus der Klägerin kommt für die Aufnahme in den Krankenhausplan schon dem Grunde nach nicht in Betracht, weil es ausschließlich Leistungen der Psychosomatik anbietet, jedoch keine der Psychiatrie. Damit genügt es nicht den Anforderungen des integrativen Versorgungskonzepts für die psychiatrische und psychosomatische Krankenhausversorgung, wie es der einschlägige Krankenhausplan vorgibt.

(1) [§ 109 SGB V](#) geht im Grundsatz weiterhin davon aus, dass nur ein Krankenhaus, das dem Grunde nach einen Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes hat, für den Abschluss eines Versorgungsvertrages in Betracht kommt (*BSG, Urteil vom 29.05.1996, a.a.O. Rn. 31; BVerwG, Urteil vom 14.04.2011, a.a.O. Rn. 19*).

Zwar sieht [§ 109 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) im Unterschied zur Vorgängerregelung des [§ 371 Abs. 2 S. 1 RVO](#) nicht mehr vor, dass der Abschluss eines Versorgungsvertrages (*bzw. nach altem Recht: eine Bereiterklärung nach § 371 Abs. 1 RVO*) auch dann abzulehnen ist, wenn „die Ziele des Krankenhausbedarfsplans gefährdet werden“. Abzustellen ist nach neuem Recht allein auf den konkreten, tatsächlichen Bedarf an Krankenhausbehandlung (*BSG, Urteil vom 29.05.1996, a.a.O. Rn. 30*). Unabhängig davon, ob das vorliegende Verfahren überhaupt eine der Fallgruppen des weggefallenen [§ 371 Abs. 2 S. 1 RVO](#) betraf (*dazu BSG, Urteil vom 15.01.1986 – 3/8 RK 5/84 –, juris Rn. 31; vgl. auch BSG, Urteil vom 29.05.1996, a.a.O. Rn. 30*), ändert diese Ausrichtung auf den tatsächlichen Bedarf nichts daran, dass der Gesetzgeber mit den Regelungen über den Versorgungsvertrag an die krankenhaushausrechtliche Grundnorm des [§ 1 KHG](#) anknüpfen wollte. Dies spiegelt sich bereits in den weitestgehend inhaltsgleichen Vorschriften des [§ 109 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V](#) und [§ 8 Abs. 2 KHG](#) wider (*dazu BSG, Urteil vom 29.05.1996, a.a.O. Rn. 31; BVerwG, Urteil vom 14.04.2011, a.a.O. Rn. 19*).

Die auch rechtliche Verknüpfung zwischen Krankenhausplanung und Versorgungsvertrag belegt überdies [§ 108 Nr. 2 SGB V](#), der den Abschluss eines Versorgungsvertrages für die Plankrankenhäuser "fingiert", und der darin zum Ausdruck kommende faktische Vorrang der Plan- vor etwaigen Vertragskrankenhäusern (*näher dazu sogleich bb sowie BSG, Urteil vom 16.05.2012, a.a.O. Rn. 39; Urteil vom 29.05.1996, a.a.O. Rn. 32*). Insbesondere die Bedarfsgerechtigkeit eines Versorgungsvertrages kann danach auch unter neuem Recht nicht losgelöst von den tatsächlichen Verhältnissen beurteilt werden, wie sie aufgrund des Krankenhausplans geschaffen wurden. Im Übrigen wollte der Gesetzgeber ausweislich der Gesetzesbegründung mit [§ 109 SGB V](#) ohnehin weitgehend an die Rechtslage nach [§ 371 RVO](#) anknüpfen,

vgl. *BT-Drs. 11/2237, 197 f.*: „Die Vorschrift hält weitgehend an den Regelungen des [§ 371 Abs. 2 und 3 RVO](#) fest [...]“; „Die Gründe, aus denen der Abschluss eines Versorgungsvertrags abgelehnt werden muss (Satz 1), entsprechen im wesentlichen denen des [§ 371 Abs. 2 S. 1 RVO](#) [...]“.

(2) Nach allem besteht jedenfalls in Fällen wie dem vorliegendem, in dem ein Krankenhaus ein Kernerfordernis des Krankenhausplans schon im Ausgangspunkt nicht erfüllt, kein Raum für den Abschluss eines Versorgungsvertrages. Dass ihr Krankenhaus den Anforderungen des integrativen Versorgungskonzepts nicht genügt, wie es erstmals der Krankenhausplan 2015 aufstellte und das auch dem Krankenhausplan 2022 zugrunde liegt,

- vgl. dazu den Krankenhausplan 2022, dort unter 8.3:

„Das bereits mit dem Krankenhausplan NRW 2015 eingeführte Integrative Versorgungskonzept für die psychiatrische und psychosomatische Krankenhausversorgung hat sich bewährt und wird auch mit der aktuellen Krankenhausplanung weitergeführt.

Im Hinblick auf die enge Verbindung beider Gebiete zu den somatischen Fachdisziplinen und die Überschneidungen bei den zu behandelnden Krankheiten erweist sich eine gemeinsame Planung und Vorhaltung von Versorgungskapazitäten für Psychiatrie und Psychosomatik als sachgerecht. So kann nach fachlicher Einschätzung eine bedarfsgerechte und an den Bedürfnissen der betroffenen Patienten ausgerichtete qualitativ hochwertige Versorgung angeboten werden. Hierbei ist dem jeweiligen Bedarf in den einzelnen Gebieten innerhalb der Planung der Gesamtkapazitäten Rechnung zu tragen.

Der Versorgungsauftrag ist so zu gestalten, dass er sowohl den quantitativen als auch den qualitativen Anforderungen an eine differenzierte psychiatrische und psychosomatische Versorgung gerecht wird. Auf Grund der Komplexität psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder ist ein ganzheitlicher integrativer Behandlungsansatz notwendig, der von einem engen Zusammenwirken beider Gebiete sowie aller an der Versorgung beteiligter Berufsgruppen getragen wird. Die Einbindung beider Gebiete in ein gemeinsam verantwortetes Versorgungsangebot dient nicht zuletzt der Sicherung und Verbesserung der Qualität der Versorgung von psychisch und psychosomatisch erkrankten Patientinnen und Patienten. Dieser ganzheitliche Ansatz erfordert zudem eine enge Zusammenarbeit mit den somatischen Gebieten. Hierdurch kann nicht nur eine Chronifizierung psychischer und psychosomatischer Krankheiten wirksam verhindert, sondern insbesondere auch einer Stigmatisierung und Ausgrenzung der betroffenen Patienten gezielt entgegengewirkt werden.“ -

stellt auch die Klägerin nicht in Abrede. Sie wendet lediglich ein, der Krankenhausplan binde als Verwaltungsinternum die beklagten Kassenverbände nicht. Dass das Krankenhaus den Anforderungen des integrativen Versorgungskonzepts nicht genügt, entspricht im Übrigen auch der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte (*Nachw. dazu oben bei 1c*), die Klagen der Klägerin auf Aufnahme in den Krankenhausplan gerade wegen eines Verstoßes hiergegen abgewiesen haben.

Inwieweit der Umstand, dass das Krankenhaus der Klägerin das integrative Versorgungskonzept des Krankenhausplans nicht erfüllt, zugleich einen Qualitätsmangel i.S.d. [§ 109 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) begründet oder dieser nur Qualitätsvorgaben gemäß § 6 Abs. 1a S. 2 KHG i.V.m. § 7 Abs. 1 S. 1 KHGG NRW erfasst, mag nach allem dahinstehen.

bb) Darüber hinaus ist das Krankenhaus der Klägerin für eine bedarfsgerechte Versorgung i.S.d. [§ 109 Abs. 3 S. 1 Nr. 3 SGB V](#) nicht erforderlich.

Bei der Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit kommt es auf den im Einzugsbereich des Krankenhauses bestehenden konkreten Bedarf an. Dabei gebührt jedoch – abweichend vom Krankenhausplanungsrecht – den bestehenden Hochschulkliniken und Plankrankenhäusern ein faktischer Vorrang; denn bei Hochschulkliniken und Plankrankenhäusern wird nach [§ 109 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) der Abschluss eines Versorgungsvertrages fingiert. Reichen die bereits kraft Gesetzes zugelassenen Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser zur Bedarfsdeckung aus, bleibt kein Raum für die Prüfung, ob der Bedarf durch den Abschluss des begehrten Versorgungsvertrages besser gedeckt werden kann. Vertragskrankenhäuser nach [§ 108 Nr. 3 SGB V](#) sind daher ergänzende Krankenhäuser aufgrund koordinierender Planung. Die Besonderheit des Tatbestandes des [§ 109 Abs. 3 S. 1 Nr. 3 SGB V](#) besteht darin, dass das Krankenhaus zur bedarfsgerechten Versorgung der GKV-Versicherten erforderlich sein muss. Es genügt also nicht, dass – wie im Krankenhausplanungsrecht – das Krankenhaus abstrakt geeignet ist, den Bedarf zu befriedigen. Vielmehr muss es konkret zur Bedarfsdeckung notwendig sein (*BSG, Urteil vom 16.05.2012, a.a.O. Rn. 38 f. m.w.N.*).

Bei der Frage, ob ein Krankenhaus zur bedarfsgerechten Versorgung der GKV-Versicherten erforderlich ist, handelt es sich um eine tatsächliche Feststellung, die das Tatsachengericht nach seiner freien, aus dem Gesamtergebnis des Verfahrens gewonnenen Überzeugung trifft. Der Krankenhausplan hat insoweit keine Tatbestands- oder Bindungswirkung (*BSG, a.a.O. Rn. 43 m.w.N.*). Dabei ist zunächst der fachliche Vergleichsbereich festzulegen. Anschließend ist der räumliche Einzugsbereich des Krankenhauses festzustellen. Schließlich ist zu ermitteln, wie hoch der tatsächliche Bedarf bezogen auf den fachlichen Vergleichsbereich in dem räumlichen Einzugsbereich des Krankenhauses ist und in welchem Umfang dieser tatsächliche Bedarf bereits gedeckt ist. Dazu ist festzustellen, welche Kapazitäten die bereits über eine Zulassung ([§ 108 SGB V](#)) verfügenden Krankenhäuser in diesem Einzugsgebiet für jene stationären Leistungen vorhalten, die dem von dem Krankenhaus angebotenen Leistungskatalog ganz oder teilweise entsprechen (*BSG, a.a.O. Rn. 44*).

Dabei kann dahinstehen, ob die Fachgebiete Psychiatrie und Psychosomatik unter dem einschlägigen nordrhein-westfälischen Landesrecht überhaupt getrennte fachliche Vergleichsbereiche darstellen (*dazu <1>*). Hinsichtlich des räumlichen Einzugsbereich stellt der Senat auf das Versorgungsgebiet des Krankenhausplans ab (*dazu <2>*). In jedem Fall ist weder vorgetragen noch anderweitig ersichtlich, dass im maßgeblichen Zeitpunkt unter Geltung des Krankenhausplans 2022 ein ungedeckter Bedarf an Krankenhausbehandlung auf rein psychosomatischen Fachgebiet bestünde (*dazu <3>*). Nichts anderes ergäbe sich, wenn man insoweit ausnahmsweise auf die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten Behördenentscheidung und damit u.a. auf den Krankenhausplan 2015 abstellen wollte (*dazu <4>*).

(1) Es bedarf keiner Entscheidung des Senats, ob die Fachgebiete Psychiatrie und Psychosomatik als einheitlicher fachlicher Vergleichsbereich zu behandeln sind. Dabei sprechen nach Einschätzung des Senats gewichtige Gründe dafür, beide Fachbereiche auch i.R.d. [§ 109 Abs. 3 S. 1 Nr. 3 SGB V](#) zu einem fachlichen Vergleichsbereich zusammenzufassen. Dass zwischen beiden unterschieden werden müsste, lässt sich – entgegen der Auffassung der Klägerin – insbesondere nicht zwingend daraus ableiten, dass auch die Weiterbildungsordnungen sowohl der Ärztekammer Westfalen-C. (*vom 21.09.2019*) als auch die der Ärztekammer Nordrhein (*vom 16.09.2019*) jeweils zwischen den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie auf der einen sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auf der anderen Seite unterscheiden. Zwar hat auch die Rechtsprechung wegen der Bildung der fachlichen Vergleichsbereiche auf die maßgebliche Weiterbildungsordnung abgestellt, dies letztlich aber nur, weil die dortige Krankenhausplanung „strikt“ an der entsprechenden Weiterbildungsordnung ausgerichtet war (*BSG, Urteil vom 16.05.2012, a.a.O. Rn. 59, zum Für und Wider einer Orientierung an den Weiterbildungsordnungen auch ebd. Rn. 57 f.*). Auch orientieren sich der Zuschnitt und die Inhalte der Leistungsbereiche auch nach dem Krankenhausplan 2022 (*dort unter Ziff. 5.1.1*) an den einschlägigen Gebieten der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern (*vgl. auch § 12 Abs. 3 S. 3 KHGG NRW*). Eine Verpflichtung, die Versorgungsangebote ihrer Art nach so zu gestalten, dass sie eine vollumfängliche Entsprechung in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern finden, enthält das nordrhein-westfälische Recht jedoch nicht (*dazu OVG NRW, Beschluss vom 20.06.2016 – 13 A 1377/15 –, juris Rn. 14*). Gerade für die dem integrativen Versorgungskonzept unterfallenden Leistungsbereiche fasst der Krankenhausplan die o.g. Gebiete, wie sie sich aus den Weiterbildungsordnungen ergeben, aber zusammen (*vgl. unter Ziff. 9.1.1 des Krankenhausplans 2022*):

„Die Leistungen der allgemeinen Leistungsgruppe „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie – vollstationär“ orientieren sich an den Gebieten „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ der Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern. Die Fallzuordnung erfolgt anhand der in der nachstehenden Tabelle aufgeführten Fachabteilungsschlüssel. [...]“

Für eine Orientierung an denselben Maßstäben, an denen sich auch die Krankenhausplanung ausrichtet, spricht nach Einschätzung des Senats überdies auch der faktische Vorrang des Krankenhausplans. Denn dem Versorgungsvertrag geht es – wie ausgeführt – letztlich um die Deckung derjenigen Bedarfe, die unter dem Krankenhausplan tatsächlich nicht gedeckt sind. Dass ein Anspruch auf Zulassung auch dann bestehen kann, wenn dieser nur eine einzige Behandlungsmethode betrifft (vgl. BSG, Urteil vom 19.11.1997 – [3 RK 6/96](#) –, juris Rn. 16), ist für den Zuschnitt der Vergleichsbereiche ohne Belang.

(2) Hinsichtlich des räumlichen Einzugsbereichs stellt der Senat auf das Versorgungsgebiet ab, wie es sich aus dem einschlägigen Krankenhausplan ergibt,

vgl. dazu Ziff. 4.1.2 des Krankenhausplans 2022: „Auch die psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung wird auf Ebene der Versorgungsgebiete geplant. Gleichwohl ist am Prinzip der Gemeindenähe festzuhalten, sodass für die Planung in diesem Versorgungsbereich die jeweils festzulegenden Pflichtversorgungsgebiete eine besondere Bedeutung haben.“

Das danach maßgebliche Versorgungsgebiet 10 umfasst die Stadt D. sowie die Kreise A., Herford, U. und C. mit insgesamt gut 1,6 Mio. Einwohnern. Durchgreifende Bedenken, dass dieses Versorgungsgebiet von einem zu erwartenden tatsächlichen Einzugsbereich des Krankenhauses der Klägerin in wesentlichen Punkten abweiche, sind weder vorgetragen noch anderweitig ersichtlich. Zwar hat die Klägerin insoweit geltend gemacht, auch außerhalb dieses Versorgungsgebiets wohnhafte Patientinnen und Patienten zu behandeln, auch solche aus anderen Bundesländern, insbesondere aus dem südlichen Niedersachsen. Die tatsächliche Herkunft der derzeit im Krankenhaus der Klägerin behandelten Patientinnen und Patienten als Kriterium heranzuziehen, erscheint dem Senat indes nicht sachgerecht, weil die Klägerin das Krankenhaus derzeit allein als Rehabilitationseinrichtung betreibt. Insoweit erscheint das Vorbringen der Beklagten plausibel, wonach stationäre Rehabilitationsmaßnahmen in einem höheren Maße planbar sind und sich deshalb deren Patientinnen und -Patienten ggf. bewusst für das Krankenhaus der Klägerin entscheiden und dabei weitere Anreisen in Kauf nehmen.

(3) Dass in diesem Versorgungsgebiet unter dem Krankenhausplan 2022 ein ungedeckter Bedarf an psychosomatischer Krankenhausversorgung bestünde, ist weder vorgetragen noch anderweitig ersichtlich (zum *Verpflichtung, den psychosomatischen Bedarf auch unter dem integrativen Versorgungskonzept vollständig im Krankenhausplan abzubilden*, vgl. OVG NRW, Beschluss vom 16.05.2017 – [13 A 1105/16](#) – juris Rn. 27 ff.). Vielmehr ist der insoweit bestehende Bedarf nach den Erläuterungen des Beigeladenen vollständig durch die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser gedeckt. Danach besteht für das Versorgungsgebiet 10 ein Bedarf an psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhausbehandlung von prognostisch 388.616 Belegtagen für voll- und 99.675 Belegtagen für teilstationäre Versorgung. Eine Berechnung nach Betten sieht der Krankenhausplan 2022 nicht mehr vor (ebd. Ziff. 1; vgl. auch § 12 Abs. 3 S. 11 KHGG sowie dazu LT-Drs. 17/11162, 28), wollte man indes weiterhin in Betten rechnen, entspräche dies nach Angaben des Beigeladenen bei einer Auslastung von 90 % einer Kapazität von 1.183 vollstationären Betten bzw. 443 teilstationären Plätzen. Diese Bedarfe entsprechen nach Mitteilung des Beigeladenen exakt den in den maßgeblichen Feststellungsbescheiden für das Versorgungsgebiet ausgewiesenen Soll-Kapazitäten. Dass die der Krankenhausplanung zugrunde gelegte Bedarfsprognose nicht tragfähig oder die ausgewiesenen Soll-Kapazitäten unzutreffend ermittelt wären, vermag der Senat auch nach der Erörterung in der mündlichen Verhandlung nicht zu erkennen. Auch die Klägerin ist dem Vorbringen des Beigeladenen zum Bedarf unter dem Krankenhausplan 2022 zu keinem Zeitpunkt substantiiert entgegengetreten.

(4) Vorliegend ist auch nicht ausnahmsweise auf die Sach- und Rechtslage unter dem zwischenzeitlich außer Kraft getretenen Krankenhausplan 2015 abzustellen. Dabei mag dahinstehen, ob ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages für die Zukunft auch dann bestehen kann, wenn ein Bedarf zwar nicht mehr in der aktuellen Situation besteht, wohl aber in dem abgelaufenen Zeitraum ab Eingang des Angebots der Klägerin auf Abschluss des Versorgungsvertrages einmal bestanden hätte und der Vertrag, der zu jenem Zeitpunkt hätte geschlossen werden müssen, bis zur Gegenwart nicht wieder hätte gekündigt werden können (so BSG, Urteil vom 16.05.2012, [a.a.O.](#) Rn. 45; ebenso zum Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan auch: BVerwG, Urteil vom 18.12.1986 – [3 C 67/85](#) –, juris Rn. 52; Urteil vom 16.01.1986 – [3 C 37/83](#) –, juris Rn. 48), oder ob die Klägerin in diesen Fällen Rechtsschutz nicht vielmehr allein mittels der Fortsetzungsfeststellungsklage zu suchen hätte (vgl. dazu mit Recht noch BSG, Urteil vom 29.05.1996, [a.a.O.](#) Rn. 38). In jedem Fall ist nicht ersichtlich, inwieweit mit Blick auf psychosomatische Behandlungsfälle seinerzeit eine Bedarfsunterdeckung bestanden hätte (dazu auch OVG NRW, Beschluss vom 16.05.2017, [a.a.O.](#) Rn. 27 ff.).

Zwar hat die Klägerin seinerzeit umfassend dazu vorgetragen, dass im Regierungsbezirk B. ein zusätzlicher Bedarf nach psychosomatischer Krankenhausversorgung im Umfang von 230 Betten bestehe, und hierzu ein Parteigutachten von Dr. P., E., vorgelegt. Dieses Gutachten ist aber schon deshalb nicht geeignet, die Annahmen des – seinerzeit schon vom integrativen Versorgungskonzept ausgehenden – Krankenhausplans 2015 zu widerlegen, weil es insoweit von unzutreffenden Grundannahmen ausgeht. Namentlich liegt dem Gutachten das sog. Niedersachsen-Modell zugrunde, bei dem die in den einschlägigen Krankenhäusern behandelten Patientinnen und Patienten nach prozentualen Anteilen auf die Fachgebiete der Psychiatrie und der Psychosomatik verteilt werden. Beispielsweise wird davon ausgegangen, dass von allen Fällen mit den Diagnosen F32 (*Depressive Episode*) und F33 (*Rezidivierende depressive Störung*) jeweils 50 % psychiatrische und 50 % psychosomatische Fälle sind. Dagegen werden etwa Fälle mit der Diagnose F45 (*Somatoforme Störung*) zu 100 % der Psychosomatik zugeordnet. Ausgehend hiervon schließt das Parteigutachten sodann auf den bestehenden und ungedeckten Bedarf. Bereits im Rahmen seiner Vernehmung durch das Sozialgericht hat der Parteigutachter Dr. P. aber eingeräumt, dass sein Gutachten nicht

berücksichtige, dass in Niedersachsen Psychiatrie und Psychosomatik seinerzeit zusammen beplant wurden; Prämisse seines Gutachtens sei, dass hier von einer getrennten Planung ausgegangen worden sei. Nicht tragfähig erscheint das Parteigutachten danach auch deshalb, weil es davon ausgeht, dass der psychosomatische Bedarf aufgrund des Krankenhausplans 2015 nur in dem Umfang gedeckt war, in dem nach dem Krankenhausplan psychosomatische Betten ausgewiesen waren. Auch hier berücksichtigt das Parteigutachten mithin nicht das integrative Versorgungskonzept. Soweit noch ausdrücklich bloß psychosomatische Betten ausgewiesen waren, handelte es sich um überholte Angaben aufgrund älterer Feststellungsbescheide (vgl. § 16 KHGG NRW).

3. Kostenentscheidung und Streitwertfestsetzung folgen aus [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 2](#) und 3, [162 Abs. 3 VwGO](#) bzw. [§§ 63 Abs. 2 S. 1](#), [52 Abs. 1](#) und 4 Nr. 2 sowie 47 Abs. 1 S. 1 GKG. Die Klägerin hat auch die außergerichtlichen Kosten des Beigeladenen (nur) für das Berufungsverfahren zu tragen, weil dieser im Berufungsverfahren selbst einen Antrag gestellt und sich damit einem Kostenrisiko ausgesetzt hat. Der Streitwert war mit dem Höchstbetrag anzusetzen. Dass der prospektive Gewinn der Klägerin in den nächsten drei Jahren unter diesem Betrag läge, ist nicht ersichtlich (vgl. BSG, Urteil vom 13.12.2022, [a.a.O.](#) Rn. 41; Beschluss vom 11.11.2003 - [B 3 KR 8/03 B](#) -, *juris* Rn. 6). Auch die Klägerin hat in der mündlichen Verhandlung hierzu nichts Abweichendes vorgetragen.

4. Die Revision wird gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) zugelassen. Das Bundessozialgericht hat seine Rechtsprechung, wonach die Ablehnung der Kassenverbände, einen Versorgungsvertrag abzuschließen, einen Verwaltungsakt darstellt, in einem Obiter-dictum zuletzt selbst in Zweifel gezogen (BSG, Urteil vom 13.12.2022, [a.a.O.](#) Rn. 18 f. m.w.N.), ohne sie aber entscheidungstragend aufgeben zu müssen. Soweit der Senat sich vorliegend der h.M. anschließt, weicht er mithin von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ab.

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-12-30