

## L 5 KR 89/18

Land  
Rheinland-Pfalz  
Sozialgericht  
LSG Rheinland-Pfalz  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Mainz (RPF)  
Aktenzeichen  
S 14 KR 649/13  
Datum  
17.10.2017  
2. Instanz  
LSG Rheinland-Pfalz  
Aktenzeichen  
L 5 KR 89/18  
Datum  
05.12.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Praxiskliniken im Sinne von [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) sind nicht als Krankenhäuser im Sinne von [§ 107 Abs 1 SGB V](#) zu qualifizieren.

Dem Anspruch einer Praxisklinik im Sinne von [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§§ 108 Nr 3, 109 SGB V](#) steht deren fehlende Eigenschaft als Krankenhaus entgegen.

Dass es sich bei Praxiskliniken nicht um Krankenhäuser handelt, folgt aus einer Auslegung der [§§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1, 122 Satz 1 Nr 1 SGB V](#).

1. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 17.10.2017 wird zurückgewiesen.
2. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Außergerichtliche Kosten des Beigeladenen sind nicht zu erstatten.
3. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach §§ 108 Nr 3 in Verbindung mit (iVm) [§ 109](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Bei der Klägerin handelt es sich um eine in der Rechtsform einer GbR betriebene Praxisklinik im Sinne von (iSv) [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#). Sie verfügt über eine Konzession gemäß [§ 30 Abs 1](#) Gewerbeordnung (GewO) zur Betreibung einer Privatkrankenanstalt.

Gemäß einem am 07.11.1996 zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz, den (damaligen) Kassenärztlichen Vereinigungen Koblenz, Pfalz, Rheinhessen und Trier sowie den Krankenkassen bzw ihrer Verbände in Rheinland-Pfalz geschlossenen Vertrag nach [§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) bedürfen Praxiskliniken einer Zulassung nach [§§ 108, 109 SGB V](#) (§ 2 Abs 2 HS 2 des Vertrages). Bei der Einrichtung von Praxiskliniken sind die Vorgaben der Krankenhausplanung zu berücksichtigen (§ 2 Abs 3 des Vertrages). Der Vertrag wurde inzwischen mit Wirkung vom 01.07.2019 durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz gekündigt; ein neuer Vertrag existiert noch nicht. Am 03.09.2012 beantragte die Klägerin bei dem Beklagten zu 6 den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§ 108 Nr 3](#) iVm [§ 109 SGB V](#). Der Antrag beziehe sich auf sieben vorhandene Betten in zwei Doppel- und drei Einzelzimmern. Es seien zurzeit drei Krankenschwestern/Pfleger und zwei medizinische Fachangestellte sowie eine Auszubildende in dem stationären Bereich tätig. Die Tagesklinik solle auch in Zukunft weit überwiegend ambulant tätig bleiben. Aus medizinischen Gründen sei aber in einer begrenzten Anzahl von Behandlungsfällen eine stationäre Aufnahme für maximal drei Nächte erforderlich, um das Leistungsspektrum der in der Klinik tätigen Fachärzte im Sinne einer optimalen Behandlung abdecken zu können. Im Jahr 2011 seien 490 Patienten stationär behandelt worden, davon 44 zweitägig und drei dreitägig. Hiervon seien 230 Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert gewesen. Die für eine stationäre Behandlung in Betracht kommenden Indikationen seien in der beigefügten Anlage 1 aufgelistet. Die Tagesklinik biete die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Alle operierenden Ärzte seien Fachärzte für Anästhesie und gewährten eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten. Die medizinische Ausstattung der Klinik entspreche in vollem Umfang dem angestrebten Versorgungsauftrag. Die Wirtschaftlichkeit ergebe sich aus der Intention der Praxisklinik, "ambulant vor stationär" soweit wie möglich zu gewährleisten. Der medizinische Rahmen einer Praxisklinik trage im Vergleich zu größeren Einrichtungen dazu bei, in und außerhalb des Krankenhauses hohe Folgekosten zu vermeiden, sei es durch Infektionsrisiken oder durch aufwendige häusliche Krankenpflege. Die Tagesklinik sei im Großraum M auch für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten erforderlich. In M gebe es zwei versorgende Akutkrankenhäuser, das Klinikum der J G-Universität und das Katholische Klinikum M. Bedingt durch das große Einzugsgebiet der Universitätsklinik und die Schweregrade der dort zu behandelnden Patienten würden nicht akute, aber notwendige Behandlungen häufig mehrfach verschoben. Lange Wartezeiten seien üblich. In der Praxisklinik behandelten vor allem hochspezialisierte Operateure in den Fachbereichen Hernien, proktologische Chirurgie, Schulter- und Kniechirurgie, rekonstruktive und plastische Chirurgie und Augen Chirurgie. Nach Indikationsstellung und Terminvergabe mit dem Operateur hätten die Patienten in der Praxisklinik nur eine Anlaufstelle für den gesamten operativen Anlauf vom anästhesiologischen Vorgespräch bis zur postoperativen Schmerztherapie. Auch die wesentlich geringere

Infektionsgefahr spreche für die Praxisklinik. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) habe der Krankenhausplan keine Bindungs- oder Tatbestandswirkung für die Entscheidung über den Versorgungsvertrag nach [§ 108 Nr 3 SGB V](#). Ein Krankenhaus sei dann bedarfsgerecht, wenn es nach seinen objektiven Gegebenheiten in der Lage sei, einem vorhandenen Bedarf gerecht zu werden. Dies werde vorliegend schon durch die bisherige Inanspruchnahme der Tagesklinik durch Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung belegt; zu einer verringerten Kapazitätsauslastung in den vorgenannten M Krankenhäusern sei es hierdurch nicht gekommen. Unabhängig hiervon sei der medizinische Leistungsbedarf in so geringem Umfang, wie beantragt, im Rahmen einer Landeskrankenhausplanung empirisch kaum ermittelbar. Bei dem Abschluss von Versorgungsverträgen nach [§ 108 Nr 3 SGB V](#) sei auch die Vielfalt der Krankenhausträger zu berücksichtigen. Die Teilhabe von Praxiskliniken an der stationären Versorgung dürfe nicht grundsätzlich ausgeschlossen bleiben. Anderenfalls wäre das Grundrecht auf Berufsfreiheit der in der Praxisklinik tätigen Ärzte in verfassungswidriger Weise eingeschränkt.

Mit Schreiben vom 25.01.2013 lehnte der Beklagte zu 6 - namens und in Auftrag der Beklagten zu 1 bis 5, des Verbandes der privaten Krankenversicherung eV und der Ersatzkassen - den Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§ 108 Nr 3 SGB V](#) ab. Der entsprechende Versorgungsvertrag sei gemäß [§ 109 Abs 3 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich. Das eine Zulassung durch Versorgungsvertrag begehrende Krankenhaus müsse zur Bedarfsdeckung konkret notwendig sein. Werde ein festgestellter Bettenbedarf durch bereits zugelassene Plankrankenhäuser, Hochschulkliniken oder Vertragskrankenhäuser gedeckt, schließe dies die Erforderlichkeit eines weiteren Krankenhauses und damit dessen Zulassung aus. Die bereits zugelassenen Krankenhäuser und Hochschulkliniken genössen einen faktischen Vorrang (Hinweis auf BSG, Urteil vom 16.05.2012 - [B 3 KR 9/11 R](#)). Die Bedarfsprüfung der Krankenkassenverbände und der Ersatzkassen habe ergeben, dass die in der Universitätsmedizin M und im Katholischen Klinikum M vorgehaltenen Bettenkapazitäten in den Disziplinen, in denen die Tagesklinik tätig werden wolle, in den nächsten Jahren den Bettenbedarf für das Einzugsgebiet M deckten bzw sogar so hoch seien, dass diese in den nächsten Jahren nach Auffassung der Krankenkassenverbände mangels Bedarf reduziert werden müssten. Zu diesem Ergebnis sei im Übrigen unabhängig davon auch die Planungsbehörde in ihrem Krankenhausplan 2010 gekommen. Die Tagesklinik sei daher nicht erforderlich. Gestützt auf die Begründung des Beklagten zu 6 genehmigte das beigeladene Land mit Schreiben vom 27.03.2013 gemäß [§ 109 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) die Ablehnung des Antrags der Klägerin auf Abschluss eines Versorgungsvertrages.

Am 18.12.2013 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht (SG) Mainz erhoben. Nach der Rechtsprechung des BSG sei der Abschluss eines Versorgungsvertrages nur möglich, wenn eine Lücke im Krankenhausplan bestehe. Dies sei für die von dem Gesetzgeber den Praxiskliniken zugewiesenen Aufgabenbereiche der Fall. Die Krankenkassen hätten das Recht und die Pflicht, den geltend gemachten Bedarf zu prüfen. Das BSG habe klargestellt, dass der Krankenhausplan weder zu dem Umfang des Bedarfs noch zu dem Umfang des durch Plankrankenhäuser gedeckten Bedarfs eine Bindungs- oder Tatbestandswirkung für die Entscheidung über den Versorgungsvertrag entfalte. Der Krankenhausplan eröffne den Krankenkassen auch keinen gerichtsfreien Beurteilungsspielraum. Die Feststellung des Bedarfs im Krankenhausplan unterliege deshalb auch im Streit um den Abschluss eines Versorgungsvertrages der vollen Überprüfung durch die Gerichte. Für die Bedarfsplanung komme es vorliegend darauf an, der besonderen Stellung der Praxiskliniken in der Systematik des SGB V Rechnung zu tragen. Diese seien nach dem eindeutigen Wortlaut der [§§ 115 Abs 2](#) und [122 SGB V](#) berechtigt, auch stationär zu behandeln. Der Gesetzgeber habe zudem die Krankenkassen verpflichtet, die Kooperation von Vertragsärzten in Praxiskliniken zu fördern, die sich gerade durch die Ergänzung von ambulanter und stationärer Versorgung in einer Einrichtung von nur ambulant tätigen Vertragsärzten und Krankenhäusern unterscheide. Sie seien deshalb als eigene Trägergruppe in der Bedarfsplanung einzuordnen. Solange Praxiskliniken hierin nicht berücksichtigt würden, könne mit dem Hinweis auf eine Bedarfsdeckung nicht argumentiert werden. Der Gesetzgeber habe mit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) am 01.01.1989 die Förderung der Praxiskliniken auch für den stationären Versorgungsbereich in Auftrag gegeben, obwohl zu diesem Zeitpunkt bereits kein zusätzlicher Bedarf an Betten in Großkrankenhäusern bestanden habe. Die Einfügung des [§ 122 SGB V](#) im Jahre 2009 zeige, dass der Gesetzgeber an diesen Zielen festhalte. Da die Krankenkassen die gesetzlichen Aufträge aus den [§§ 115, 122 SGB V](#) bis dato nicht erfüllt hätten, bleibe ihr, der Klägerin, nur die Möglichkeit, einen Versorgungsvertrag zu schließen. Unabhängig von der besonderen Stellung der Praxisklinik im SGB V seien auch der von ihr, der Klägerin, in ihrem Antrag nachgewiesene Bedarf und das Interesse der gesetzlich Krankenversicherten an einer Behandlung in ihrer, der Klägerin, Praxisklinik bei der Entscheidung über den Versorgungsvertrag zu berücksichtigen. Die in [§ 2 Abs 3 SGB V](#) angesprochene Vielfalt der Leistungserbringer und deren Auswahl sei ein tragendes Element der Sozialversicherung. Dazu gehöre auch das Wahlrecht der Versicherten, im Krankheitsfall aus dem Spektrum der Leistungserbringer die Institution zu wählen, die er für sich als die geeignetste betrachte. Den in dem Ausschluss von der stationären Versorgung liegenden Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit der in der Praxisklinik tätigen Ärzte rechtfertigten nicht schon finanzielle Gründe, etwa die Sorge vor einer Erweiterung des Angebotes. Nur Gemeinwohlbelange von hoher Bedeutung wögen so schwer, dass sie gegenüber dem schutzwürdigen Interesse der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzte an den von dem Gesetzgeber vorgesehenen Behandlungsmöglichkeiten den Vorrang verdienen. Bei den wenigen Praxiskliniken und der geringen Anzahl von erforderlichen Betten werde auch eine Landeskrankenhausplanung nicht wesentlich tangiert. Bei gesetzeskonformer Auslegung unter Berücksichtigung des Förderauftrags gemäß [§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) seien Praxiskliniken unabhängig von dem im Landeskrankenhausplan festgestellten Bettenbedarf als spezialrechtliche Trägergruppe bei der Entscheidung über einen Versorgungsvertrag einzuordnen. Eine Ablehnung aus Bedarfsgründen könne sich daher nur darauf stützen, dass in dem Mainzer Raum ein anderweitiges ausreichendes Angebot an Praxiskliniken bestehe. Dies sei schon deshalb nicht der Fall, da in Rheinland-Pfalz nach ihrer, der Klägerin, Kenntnis keine Praxisklinik im Krankenhausplan aufgenommen worden sei oder einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen habe abschließen können.

Durch Beschluss vom 18.08.2015 hat das SG Mainz das Verfahren zur Durchführung des Vorverfahrens ausgesetzt. Durch Widerspruchsbescheid vom 26.11.2015 hat der Beklagte zu 6 den Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid vom 25.01.2013 zurückgewiesen; die Beklagte zu 4 hat den Widerspruch durch Widerspruchsbescheid vom 09.12.2015, die Beklagte zu 1 durch Widerspruchsbescheid vom 10.12.2015, die Beklagte zu 3 durch Widerspruchsbescheid vom 11.12.2015, die Beklagte zu 5 durch Widerspruchsbescheid vom 14.12.2015 und der Beklagte zu 2 durch Widerspruchsbescheid vom 02.02.2016 zurückgewiesen. Im Wesentlichen wortgleich wurde jeweils ausgeführt, dass die Vorschrift des [§ 109 Abs 3 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) uneingeschränkt anzuwenden sei. Eine Sonderstellung von Praxiskliniken innerhalb der Bedarfsplanung sei dem Gesetz nicht zu entnehmen. Für die Bedarfsberechnung sei nach dem Antrag der Klägerin von 230 in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten auszugehen. Wie viele dieser Patienten zwei- bzw dreitägig versorgt würden, sei in dem Antrag nicht dargelegt. Der Anteil sei daher durch die Landesverbände der Krankenkassen und den Beklagten zu 6 errechnet worden. Die Berechnung stelle sich wie folgt dar:

Fallzahl 2011 Verweildauer Belegungstage

490 1,102 540

44 2 88

3 3 9

443 1 443

Von den 490 Fällen habe es sich bei 230 Fällen um Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung gehandelt, dies stelle einen Anteil vom 46,94 % dar. Dies seien 1,01 Fälle von gesetzlich Versicherten pro Tag im Bereich der Tagesklinik und 0,69 im Bereich Krankenhaus. Deutlich werde damit, dass eine Belegung von gerundet einem Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung gegeben gewesen sei. Dies entspreche in einem Akutkrankenhaus aufgrund des Ansatzes von 365 möglichen Belegungstagen, 0,7 Versicherten pro Tag. Diese geringe Belegung rechtfertige keinen Abschluss eines Versorgungsvertrages über Krankenhausbetten. Es sei auch nicht davon auszugehen, dass durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages die Fallzahl deutlich stiege. Schon aufgrund der geringen Fallzahlen sei eine Bedarfsnotwendigkeit für die Versorgung der Bevölkerung zu verneinen. Allein die Bettenkapazität der Krankenhäuser in M betrage 2.312 Planbetten. Die Kapazitätsgrenzen einer Belegung in der Universitätsklinik M und in dem Katholischen Klinikum M seien bei weitem noch nicht erreicht. Somit bestünden insbesondere im Stadtgebiet M noch Überkapazitäten an Krankenhausbetten. Dies bedeute, dass die Versorgung nicht nur unmittelbar im Stadtgebiet M und der gesamten Umgebung mehr als gesichert sei und kein weiterer Bedarf bestehe, der nicht durch Plankrankenhäuser gedeckt werden könne. Bei Betrachtung der Region kämen in einem Umkreis von noch nicht einmal 30 km weitere 2701 Planbetten hinzu. Zudem sei zu berücksichtigen, dass allein im Stadtgebiet Wiesbaden 1.765 Planbetten in dem Krankenhausplan des Landes Hessen aufgenommen seien. Abgesehen hiervon sei die geringe Fallzahl ein Indiz für den nicht vorhandenen Bedarf. Die Fallzahl sei statistisch nicht relevant und die Versorgung könne von anderen Krankenhäusern sichergestellt werden. Dies bestätige die Klägerin selbst, wenn sie in ihrem Antrag darlege, dass der Leistungsbedarf so gering sei, dass dieser im Rahmen einer Landeskrankenhausplanung empirisch kaum ermittelbar sei. Im Übrigen sei zu berücksichtigen, dass die bisherige Zuweisung an die Klägerin durch Verträge zur Integrierten Versorgung oder Einzelfallentscheidungen erfolge. Diese hätten zum Inhalt, dass eine stationärer ersetzende Maßnahme erfolgen solle, es solle mithin durch die (ambulante) Operation ein stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus vermieden werden. Diese Intention werde durch die Schaffung vollstationärer Behandlungskapazitäten konterkariert. Durch Beschluss vom 18.04.2016 hat das SG Mainz das Verfahren fortgesetzt und die Beiladung des Landes Rheinland-Pfalz vorgenommen. Das SG Mainz hat den Bescheid des Beklagten zu 6 vom 25.01.2013 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 10.12.2015, vom 02.02.2016, vom 11.12.2015, vom 09.12.2015, vom 14.12.2015 und vom "28".11.2015 (korrekt: "26") durch Urteil vom 17.10.2017 insoweit aufgehoben, als der Ausgangsbescheid auch im Namen des Verbandes der privaten Krankenversicherung eV ergangen ist. Im Übrigen hat das SG Mainz die Klage abgewiesen. Die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage (Hinweis auf BSG, Urteil vom 16.05.2012 - [B 3 KR 9/11 R](#) - Rn 20) sei zulässig. Streitgegenständlich sei ein einheitlicher Verwaltungsakt. Das SG schließe sich der Rechtsauffassung des BSG an, dass bei Entscheidungen über den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit Krankenhäusern ein Verwaltungsakt ergehe und die Gesamtheit der in [§ 109 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) genannten Krankenkassenverbände wie "eine Behörde" im Sinne des (iSd) [§ 1 Abs 2](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) anzusehen sei (Hinweis auf BSG, Urteil vom 16.05.2012 - [B 3 KR 9/11 R](#) - Rn 20). Hierfür sprächen praktisch das gesetzliche Erfordernis des gemeinsamen Handelns aller Krankenkassenverbände sowie die Regelung des [§ 211a SGB V](#). Die Beklagten seien vorliegend entsprechend [§ 109 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) zutreffend benannt; diese würden in Prozessstandschaft durch den Beklagten zu 6 vertreten (Hinweis auf BSG, Urteil vom 16.05.2012 - [B 3 KR 9/11 R](#) - Rn 23). Der gerichtlichen Entscheidung stehe kein fehlendes Rechtsschutzbedürfnis entgegen. Insbesondere könne die Klägerin das angestrebte Ergebnis nicht außerprozessual "auf einfachere Weise erreichen" und könne die Entscheidung zudem ihre rechtliche und wirtschaftliche Situation verbessern. Dem Rechtsschutzbedürfnis stehe nicht entgegen, dass die Klägerin als Praxisklinik gemäß [§ 140a Abs 3 Satz 1 Nr 4 SGB V](#), [§ 140b Abs 1 Nr 7 SGB V](#) mit einzelnen Krankenkassen Verträge nach [§ 140a Abs 1 SGB V](#) abschließen könne. Der Versorgungsvertrag sei weitergehend, da er Wirkung für alle Krankenkassen entfalte. Der flächendeckende Abschluss von Einzelverträgen sei auch nicht leichter. Ein fehlendes Rechtsschutzbedürfnis ergebe sich auch nicht daraus, dass es der Klägerin möglich wäre, die Abrechnung stationärer Leistungen leichter nach [§ 122 SGB V](#) zu erreichen. Nach der Konzeption des Gesetzgebers dürfe die Klägerin zwar als Praxisklinik ohne Weiteres ihre Leistungen gemäß einem Rahmenvertrag iSv [§ 122 SGB V](#) anbieten. Bis dato sei eine entsprechende Vereinbarung aber nicht zustande gekommen. Insofern bestehe auch keine Möglichkeit zur Abrechnung mit der gesetzlichen Krankenversicherung auf diesem Weg. Die Klägerin habe als Nichtbeteiligte auch keine Möglichkeit, auf das Zustandekommen einer solchen Vereinbarung Einfluss zu nehmen, um ihr Ziel leichter zu erreichen. Der Zulässigkeit der Klage stehe schließlich auch nicht entgegen, dass das beigeladene Land die erforderliche Genehmigung der "zuständigen Landesbehörde" abgelehnt habe ([§ 109 Abs 3 Satz 2 SGB V](#)). Die Genehmigung sei ein Behördeninternum; ihr Fehlen würde die Ablehnungsentscheidung nicht rechtswidrig machen und im Falle einer rechtskräftigen Verurteilung zu dem Abschluss eines Versorgungsvertrages durch das Endurteil ersetzt (Hinweis auf BSG, Urteil vom 16.05.2012 - [B 3 KR 9/11 R](#) - juris Rn 24). Aus diesem Grunde sei auch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde gemäß [§ 75 Abs 1 Satz 1 Abs 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) notwendig beizuladen gewesen (Hinweis auf BSG, Urteil vom 16.05.2012 - [B 3 KR 9/11 R](#) - juris Rn 24). Die Klage sei in dem Sinne des Tenors begründet, im Übrigen unbegründet. Rechtsgrundlage für den erlassenen Verwaltungsakt sei [§§ 108 Nr 3](#), [39 Abs 1 Satz 1](#), [109 SGB V](#). Der Verwaltungsakt sei insoweit formell rechtswidrig und aufzuheben, als der Ausgangsbescheid auch im Namen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung eV ergangen sei. Dieser eingetragene privatrechtliche Verein sei nur verwaltungsaktfähig, soweit er beliehe sei (Hinweis auf [§ 158 Abs 2](#) Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen - Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)). Im Bereich des [§ 108 Nr 3 SGB V](#) sei er nicht beliehe, da er nicht in [§ 109 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) benannt sei. Im Übrigen sei der Verwaltungsakt formell rechtmäßig. Insbesondere bestünden keine Bedenken dahingehend, dass es sich bei dem Verwaltungsakt um eine grundgesetzlich verbotene Mischverwaltung zwischen Bund und Land Rheinland-Pfalz handele (Hinweis auf [BVerfGE 119, 331](#)). Die Entscheidung basiere auf keiner bindenden Entscheidung einer Stelle für beide Ebenen des Staates, sondern auf einem "acting in concert" von Körperschaften des Bundes und von Körperschaften des Landes Rheinland-Pfalz. Hierbei habe keine Ebene für die andere Ebene mitentschieden; nach Auskunft der Beklagten sei die Entscheidung einstimmig ergangen. Das einvernehmliche Handeln bei dem Erlass des Verwaltungsaktes und der Widerspruchsbescheide unterscheide die konkrete Situation von dem damals verfassungswidrigen [§ 44b Abs 3 Satz 3](#) Zweites Buch Sozialgesetzbuch (SGB II), über den das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) in dem Urteil vom 20.12.2007 ([2 BvR 2433/04](#) - juris Rn 164) zu entscheiden gehabt habe. Es sei formell auch nicht zu beanstanden, dass die Beklagten bei der Prüfung des in ihrem Namen erlassenen Verwaltungsaktes im Widerspruchsverfahren getrennte Widerspruchsbescheide erlassen hätten. Dies ändere nichts an dem einheitlichen Verwaltungsakt. Zum einen hätten sie bei dem "acting in concert" nach [§ 211a Satz 1 SGB V](#) auch schon bei dem Ausgangsbescheid die Möglichkeit übereinstimmende getrennte Bescheide zu erlassen; die Verfahrensweise bei dem Ausgangsbescheid binde sie nicht im Widerspruchsverfahren. Zum anderen hätten sie durch die getrennte Entscheidung über die Widersprüche in zulässiger Weise die Rechtsunsicherheit vermieden, ob den Landesverbänden anders als den Ersatzkassen (vgl. [§ 212 Abs 5 SGB V](#)) eine Beleihung eines anderen Rechtsträgers mit öffentlich-rechtlichen Entscheidungsbefugnissen des eigenen Widerspruchsausschusses im Vorverfahren möglich sei und wenn ja, ob dafür die Vorstände oder Verwaltungsräte ([§ 197 Abs 1 SGB V](#)) zuständig seien. Der Verwaltungsakt sei im Ergebnis materiell rechtmäßig. Die Beklagten hätten das geltende Recht für Versorgungsverträge zutreffend angewendet. Der Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§ 108 Nr 3 SGB V](#) gemäß [§ 109 SGB V](#) sei nicht möglich. Für den Abschluss eines Versorgungsvertrages müsse die Klägerin zwingend ein Krankenhaus sein. Es stehe für die erkennende Kammer aber fest, dass sie eine Praxisklinik iSd [§ 115 Abs 2 Nr 1](#)

[SGB V](#) und kein Krankenhaus iSd [§ 108 Nr 3 SGB V](#) sei. Der Bundesgesetzgeber habe in [§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) die Praxiskliniken als "Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden" legaldefiniert. Zugleich habe er die Praxisklinik in [§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) als ambulante und stationäre Einrichtung mit Wurzeln im vertragsärztlichen Sektor ausgestaltet und nicht als Krankenhaus mit eingeschränkter ambulanter Tätigkeit mit Wurzeln im stationären Sektor. Es handele sich damit schon nach dem Wort-laut des Gesetzes um kein Krankenhaus, sondern um eine Einrichtung sui generis, in der eine erweiterte vertragsärztliche Versorgung erfolge (Hinweis auf Gaßner/Strömer: Der Anspruch auf Zugang von Praxiskliniken zur Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, GesR 2013, 277). Die Klägerin könne auch keinen modifizierten Versorgungsvertrag, der nicht für ein Krankenhaus, sondern für eine Praxisklinik gelten würde, aufgrund von § 2 des in Rheinland-Pfalz geltenden dreiseitigen Vertrages nach [§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) vom 07.11.1996 erhalten. Die Regelung in § 2 Abs 2 und 3 dieses Vertrages, dass die Praxiskliniken eines Versorgungsvertrages nach [§§ 108, 109 SGB V](#) bedürfen und die Vorgaben des Landeskrankenhausplans zu beachten sind, verstoße gegen Bundesrecht. [§ 108 Nr 3 SGB V](#) sehe vor, dass nur Krankenhäuser einen solchen Vertrag erhalten können. [§ 115 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) bestimme, dass Praxiskliniken kein Krankenhaus seien. Der erkennenden Kammer sei keine gesetzliche Regelung bekannt, mit der der Bundesgesetzgeber den rheinland-pfälzischen Verbänden eine Abweichungsbefugnis von Bundesrecht eingeräumt hätte, die geeignet wäre entweder die bundesrechtliche Konzeption der Praxisklinik oder die bundesrechtliche Konzeption des Versorgungsvertrages durch Vertrag abzuändern.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 01.03.2018 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 03.04.2018 (Dienstag nach Ostermontag) Berufung eingelegt. Ergänzend sei anzumerken, dass sie, die Klägerin, sich - entgegen der Ansicht des SG - als zugleich ambulante und stationäre Einrichtung mit Wurzeln im vertragsärztlichen Sektor sehe. Diese von dem Gesetzgeber intendierte Sonderstellung im Vertragssystem der gesetzlichen Krankenversicherung könne nicht zur Folge haben, dass der stationäre Teil der Leistungen einer Praxisklinik ohne Vergütung auf vertraglicher Grundlage bleibe. Anders als bei dem ambulanten Operieren im Krankenhaus nach [§ 115b SGB V](#), fehle eine Grundlage für den stationären Teil der Behandlungen in Praxiskliniken. Der Gesetzgeber habe aber gemäß [§ 115 SGB V](#) die Ausgestaltung der Förderung der Praxiskliniken dreiseitigen Verträgen zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten übertragen. Dazu gehöre auch die Regelung der Vergütung. In der Literatur sei die Einordnung der Praxiskliniken in das Vertragssystem umstritten. Nach überwiegender Meinung fielen die Praxiskliniken - soweit sie stationär behandelten - unter [§ 108 Nr 3 SGB V](#) (Hinweis auf Becker/Kingreen, SGB V, § 115 Rn 7). Nach einer weiteren Ansicht bedürfe die Praxisklinik aufgrund der Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gleich dem Belegkrankenhaus einer Zulassung als Krankenhaus nach [§ 108 Nr 3 SGB V](#) (Hinweis auf Köhler-Hohmann, jurisPK-SGB V, § 115 Rn 36). Zum Teil werde auch ausgeführt, dass, sofern Praxiskliniken die Voraussetzungen nach [§ 107 Abs 1 SGB V](#) und nach [§ 109 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) erfüllten, also die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung böten und auch bedarfsnotwendig seien, der Abschluss eines Versorgungsvertrages als Vertragskrankenhaus und damit die Erbringung von Krankenhausleistungen nach [§ 39 SGB V](#) möglich sei (Hinweis auf Orlowski/Rau, SGB V, § 115 Rn 7 - 9). Diese Voraussetzungen erfülle sie, die Klägerin. Dagegen ordneten andere die Praxisklinik als eigenständige Einrichtung neben der Vertragsarztpraxis und dem Krankenhaus ein, die eine Verbindung zwischen ambulanten und stationären Behandlungsformen ermöglichen solle, ohne an die jeweiligen bereichsspezifischen Beschränkungen gebunden zu sein (Hinweis auf Gaßner/Strömer, GesR 2013, 277; Steege, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 115 Rn 18 - 26). Die Beklagten gingen mit dem dreiseitigen Vertrag vom 07.11.1996 davon aus, dass eine Praxisklinik für den stationären Teil ihres Leistungsspektrums einen Versorgungsvertrag nach [§§ 108 f SGB V](#) beantragen müsse. Werde sich dieser rechtlichen Einordnung angeschlossen, so müsse bei der Prüfung des Bedarfes auf die Angebote von Praxiskliniken in der Region abgestellt werden und nicht auf die Landeskrankenhausplanung. Werde hingegen der Auffassung gefolgt, dass Praxiskliniken Einrichtungen sui generis seien, sei der dreiseitige Vertrag rechtswidrig, wie das SG Mainz festgestellt habe. Im Übrigen sei anzumerken, dass auch nach Kündigung des Vertrages vom 07.11.1996 durch die Kassenärztliche Vereinigung weiterhin ein Rechtsschutzbedürfnis bestehe, da für eine Neuverhandlung des Vertrages von entscheidender Bedeutung sei, ob Praxiskliniken bei stationärer Behandlung als Krankenhäuser iSd [§ 108 Nr 3 SGB V](#) oder als Einrichtungen sui generis einzuordnen seien.

Die Klägerin beantragt,

1. das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 17.10.2017 und den Bescheid des Beklagten zu 6 vom 25.01.2013 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 10.12.2015, vom 02.02.2016, vom 11.12.2015, vom 09.12.2015, vom 14.12.2015 und vom 26.11.2015 aufzuheben und die Beklagten zur Abgabe einer annehmenden Willenserklärung zu dem Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages für sieben Betten in den angegebenen Indikationsbereichen zu verurteilen,
2. hilfsweise, festzustellen, dass § 2 des dreiseitigen Vertrages nach [§ 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) vom 07.11.1996 rechtswidrig war,
3. die Revision an das BSG zuzulassen.

Die Beklagten beantragen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachten das Urteil des SG Mainz im Ergebnis als zutreffend. Die Benennung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung eV in dem Bescheid vom 25.01.2013 sei unbeachtlich. Eine Beteiligung desselben sei sowohl für den Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß [§§ 108, 109 SGB V](#) als auch für die Ablehnung eines solchen nicht vorgesehen. In Anwendung von [§ 95 SGG](#) sei der Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheides maßgeblich; der Verband der Privaten Krankenversicherung eV habe sich aber weder an dem Widerspruchsverfahren beteiligt noch habe er einen eigenen Widerspruchsbescheid abgesetzt. Praxiskliniken nähmen für sich in Anspruch ambulant und stationär zu versorgen. Damit müssten sie dem Gesetz nach aber Krankenhäuser sein, da nur in Krankenhäusern eine stationäre Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfe. Seien Praxiskliniken aber Krankenhäuser, bedürften sie keiner gesonderten Regelung, etwa einer gesonderten Qualitätssicherung iSv [§ 122 SGB V](#). Aus diesem Grund sei es bis dato nicht zu dem in [§ 122 Satz 1 SGB V](#) vorgesehenen Rahmenvertrag gekommen. Da mit der vorherrschend in der Kommentarliteratur vertretenen Auffassung davon ausgegangen werde, dass der stationäre Bereich einer Praxisklinik als Krankenhaus zu werten sei und deshalb bei der Errichtung einer Praxisklinik die Vorgaben der Krankenhausplanung berücksichtigt werden müssten, bedürften Praxiskliniken mindestens eines Versorgungsvertrages nach [§§ 108 Nr 3, 109 SGB V](#). Die Klägerin könne keinen modifizierten Versorgungsvertrag, der nicht für ein Krankenhaus, sondern für eine Praxisklinik gelte, aufgrund von § 2 des dreiseitigen Vertrages nach [§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) vom 07.11.1996 erhalten. Dieser Vertrag sei zwischenzeitlich zum 30.06.2019 gekündigt worden. Soweit zuvor in § 2 des Vertrages geregelt gewesen sei, dass die Vorgaben des Landeskrankenhausplanes zu berücksichtigen seien, verstoße dies nicht gegen Bundesrecht. Eine Sonderstellung von Praxiskliniken innerhalb der Bedarfsplanung, wie die Klägerin dies fordere, sei weder dem Gesetz noch der vorherrschenden Kommentarliteratur zu entnehmen. Sollten Praxiskliniken nicht grundsätzlich der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen sein, könnten zwingend nur dieselben Maßstäbe an die Bedarfsprüfung angelegt werden wie bei anderen Krankenhäusern. Ob es sich bei der Klägerin um ein Krankenhaus handele oder sie als Krankenhaus iSd [§ 107 SGB V](#) zu betrachten sei, könne letztlich dahinstehen, da der Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß [§§ 108 Nr 3, 109 SGB V](#) mangels Erforderlichkeit eines solchen für die bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten abgelehnt worden sei. Zu der hilfsweise beantragten Feststellung, dass §

2 des dreiseitigen Vertrages nach [§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) vom 07.11.1996 rechtswidrig sei, sei anzumerken, dass eine Regelungsbefugnis der Vertragsparteien bestanden habe. Die Vertragsparteien hätten sich daran orientiert, dass nach der in der Kommentarliteratur vorherrschend vertretenen Auffassung Praxiskliniken mindestens eines Versorgungsvertrages nach [§§ 108 Nr 3, 109 SGB V](#) bedürften, soweit sie stationäre Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbrächten.

Das beigelegene Land hat keinen Antrag gestellt und sich in der Sache nicht geäußert.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands nimmt der Senat Bezug auf die Prozessakte und die Verwaltungsakte des Beklagten zu 6, deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung war.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§§ 143 f, 151 SGG](#) zulässige Berufung der Klägerin hat in der Sache keinen Erfolg. Soweit das SG Mainz den Bescheid vom 25.01.2013 in der Gestalt der seitens der Beklagten jeweils erlassenen Widerspruchsbescheide insoweit aufgehoben hat, als der Ausgangsbescheid auch im Namen des Verbandes der privaten Krankenversicherung eV ergangen ist, kann offen bleiben, ob dies zu Recht erfolgte (nach BSG, Urteil vom 20.11.1996 – [3 RK 7/96](#) – juris Rn 12 führt die Mitwirkung einer unzuständigen Kasse oder eines unzuständigen Kassensverbandes jedenfalls nicht zur Aufhebung des gesamten Bescheides); jedenfalls ist die Klägerin, welche einzig Berufung eingelegt hat, hierdurch nicht beschwert.

1. Das SG Mainz ist zutreffend davon ausgegangen, dass die vorliegend – in erster Instanz ausschließlich und im Berufungsverfahren im Hauptantrag – erhobene Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs 1 Satz 1](#) iVm [§ 54 Abs 4 SGG](#)) zulässig ist.

Soweit das BSG vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des BVerfG zu einer (unzulässigen) Mischverwaltung, offen gelassen hat, ob die Ablehnungsentscheidung bezüglich des Abschlusses des Versorgungsvertrages als schlichte Willenserklärung oder als Verwaltungsakt anzusehen ist (vgl BSG, Urteil vom 28.07.2008 – [B 1 KR 5/08 R](#) – juris Rn 18 ff sowie Urteil vom 16.05.2012 – [B 3 KR 9/11 R](#) – juris Rn 22; gegen die Annahme eines Verwaltungsaktes sprechen sich etwa Bockholdt, in: Hauck/Noftz, Werkstand III/2019, § 109 SGB Rn 16 und Knittel, in: Krauskopf, Werkstand: Juni 2019, [§ 109 SGB V](#) Rn 7, jeweils mit weiteren Nachweisen (mwN) aus), kann dies der Senat auch vorliegend offen lassen. Da die Beklagten durch Verwaltungsakt (Bescheid vom 25.01.2013, Widerspruchsbescheide der einzelnen Beklagten) gehandelt haben, musste jedenfalls zur Verhinderung des Eintritts der Bestandskraft die Anfechtungsklage erhoben werden (vgl auch BSG, Urteil vom 16.05.2012 – [B 3 KR 9/11 R](#) – juris Rn 22). Die Leistungsklage umfasst sowohl die Möglichkeit der Abgabe einer gemeinsamen Erklärung aller Beklagten auf Abschluss eines Versorgungsvertrages als auch die Möglichkeit der Abgabe von zwei Willenserklärungen, der Krankenkassenverbände einerseits und der Ersatzkassen andererseits (vgl BSG, Urteil vom 28.07.2008 – [B 1 KR 5/08 R](#) – juris Rn 22, 27 sowie Urteil vom 16.05.2012 – [B 3 KR 9/11 R](#) – juris Rn 26).

Der Klägerin fehlt es auch nicht an einem Rechtsschutzbedürfnis. Diesbezüglich wird zur Vermeidung bloßer Wiederholungen auf das Urteil des SG Mainz vom 17.10.2017 verwiesen ([§ 153 Abs 2 SGG](#)). Hieran vermag der Umstand nichts zu ändern, dass zwischenzeitlich der zwischen den Beteiligten in Rheinland-Pfalz nach [§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) geschlossene Vertrag durch die Kassenärztliche Vereinigung gekündigt wurde. Das Bestehen eines solchen Vertrages ist nicht Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§ 109 SGB V](#).

2. Die Klage ist indes unbegründet.

a. Mit Blick auf die formelle Rechtmäßigkeit kann offen bleiben, ob die Beklagten, die nach der Rechtsprechung des BSG aufgrund des gemeinsamen Handelns als eine Behörde anzusehen sind (vgl hierzu BSG, Urteil vom 16.05.2012 – [B 3 KR 9/11 R](#) – juris Rn 20), entsprechend einen (gemeinsamen) Widerspruchsbescheid statt jeweils – wie vorliegend geschehen – eigene Widerspruchsbescheide hätten erlassen müssen. Dies führte, selbst wenn angenommen würde, dass die Beklagten als jeweils einzeln Handelnde unzuständig gewesen wären, nicht zu der Aufhebung des Bescheides (vgl BSG, Urteil vom 20.11.1996 – [3 RK 7/96](#) – juris Rn 12; ebenso BSG, Urteil vom 28.07.2008 – [B 1 KR 5/08 R](#) – juris Rn 28). Dabei ist nach der Rechtsprechung des BSG zu berücksichtigen, dass die Anfechtungsklage vorliegend neben der auf Abschluss eines Versorgungsvertrages gerichteten Leistungsklage keine eigenständige Bedeutung hat; die Klägerin hat an der isolierten Anfechtung der ablehnenden Entscheidung kein eigenständiges Rechtsschutzinteresse (vgl BSG, Urteil vom 20.11.1996 – [3 RK 7/96](#) – juris Rn 12 und Urteil vom 28.07.2008 – [B 1 KR 5/08 R](#) – juris Rn 28).

b. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§ 108 Nr 3](#) iVm [§ 109 SGB V](#) gegen die Beklagten. Wie das SG bereits ausgeführt hat, steht einem solchen Anspruch schon die fehlende Eigenschaft der Klägerin als Krankenhaus entgegen (hierzu unter aa), zudem dürfte es auch an der Bedarfsnotwendigkeit iSv [§ 109 Abs 3 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) mangeln (hierzu unter bb).

aa. Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§ 108 Nr 3](#) iVm [§ 109 SGB V](#) ist, wie das SG Mainz bereits zutreffend ausgeführt hat, dass es sich bei der klägerischen Praxisklinik um ein Krankenhaus im Sinne der Legaldefinition nach [§ 107 Abs 1 SGB V](#) handelt. Demnach sind Krankenhäuser Einrichtungen, die 1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, 2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, 3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen 4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Gemäß [§ 39 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Unter den Voraussetzungen von [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) besteht ein Anspruch der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus. Systematisch zu unterscheiden ist die stationäre Behandlung, die demnach grundsätzlich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur in einem zugelassenen Krankenhaus erbracht werden darf und deren Vergütung nach dem System der DRG (Diagnosis Related Groups) erfolgt, von der ambulanten Behandlung, die grundsätzlich nur durch zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen ([§ 95 Abs 1 Satz 1, Abs 3, 4 SGB V](#)) durchgeführt und nach dem EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) vergütet wird. Nur aufgrund gesonderter gesetzlicher Regelungen dürfen ambulante Behandlungen auch durch ein Krankenhaus durchgeführt werden, etwa im Falle einer ambulanten Operation nach [§ 115b SGB V](#), und stationäre oder teilstationäre Leistungen durch einen Vertragsarzt erbracht werden, namentlich im Falle des Belegarztes iSv [§ 121 Abs 2 SGB V](#) (vgl auch § 18 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntG)), wobei letzterer seine Leistungen nach dem EBM aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung abrechnet ([§ 121 Abs 3 Satz 1 SGB V](#)).

Sowohl der Wortlaut von [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#), insbesondere aber von [§ 122 SGB V](#), als auch systematische Gründe und die Entstehungsgeschichte der die Praxiskliniken betreffenden Regelungen sowie deren Sinn und Zweck sprechen dafür, dass Praxiskliniken nicht als Krankenhäuser einzustufen und demnach nicht zu dem Abschluss von Versorgungsverträgen nach [§ 108 Nr 3](#) iVm [§ 109 SGB V](#) berechtigt sind.

Der Begriff "Praxisklinik" ist in [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) legaldefiniert als Einrichtung, in der die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden. Ausgangspunkt und Voraussetzung für das Bestehen einer Praxisklinik ist

somit zunächst, dass mehrere Vertragsärzte in Kooperation tätig werden. Anders als etwa ein Medizinisches Versorgungszentrum nimmt die Praxisklinik nicht als solche an der vertragsärztlichen Versorgung teil (vgl. [§ 95 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)); eines gesonderten Zulassungsaktes bedarf es mithin nicht. Vielmehr ergibt sich aus der Regelung des [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#), dass in der Praxisklinik Vertragsärzte tätig werden müssen, folglich diese an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen; deren Zulassung zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter iSv [§ 95 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) setzt [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) gerade voraus. Damit impliziert [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) zunächst eine Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung und damit an der ambulanten Versorgung. Merkmal der Praxisklinik ist nach dem Wortlaut des [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) darüber hinaus jedoch, dass auch eine stationäre Versorgung erfolgt. Über eine Zulassung zur stationären Versorgung, die, wie eingangs dargelegt, grundsätzlich von Krankenhäusern erbracht wird, verfügen Vertragsärzte gerade nicht. Die stationäre Versorgung soll indes nach [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) ausdrücklich durch die Vertragsärzte erfolgen. Damit legt es der Wortlaut des [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) zunächst nahe, dass bei der Praxisklinik die ambulante Behandlung im Vordergrund steht (gerade in Abgrenzung zu einem Belegkrankenhaus, so etwa auch Steege, in: Hauck/Noftz, Werkstand III/2019, [§ 115 SGB V](#) Rn 18) und sie im Hinblick auf den stationären Teil der Leistungserbringung gerade kein Krankenhaus iSv [§ 107 Abs 1 SGB V](#), sondern – mit den entsprechenden Folgen für die Vergütung – insgesamt dem ambulanten Bereich zuzuordnen ist (so im Ergebnis auch Gaßner/Strömer, GesR 2013, 276 (278); Knittel, in Krauskopf: Werkstand: Juni 2019, [§ 122 SGB V](#) Rn 3 und § 115 Rn 4; Mareck, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Auflage 2018, [§ 122 SGB V](#) Rn 11; Sonnhoff, in: Hauck/Noftz, Werkstand III/2019, [§ 122 SGB V](#) Rn 5; ausführlich Steege, in: Hauck/Noftz, Werkstand III/2019, [§ 115 SGB V](#) Rn 20 ff; eine Einstufung als Krankenhaus verbunden mit der Notwendigkeit einer Zulassung nehmen hingegen vor: Becker, in: ders/Kingreen, SGB V, 6. Auflage 2018, § 122 Rn 3; Kingreen/Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, Werkstand: 01.09.2019, § 115 Rn 6 und Bogan, aaO, § 122 Rn 2; Köhler-Hohmann, jurisPK-SGB V, 3. Auflage 2016, § 122 Rn 12; Quaas, in: ders/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Auflage 2018, Rn 69; Stollmann/Wollschläger, in: Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage 2019, § 82 Rn 12).

Deutlicher wird dieses Verständnis anhand der in systematischem Zusammenhang zu [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) stehenden Regelung des [§ 122 SGB V](#). Nach [§ 122 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der für die Wahrnehmung der Interessen der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzte gebildeten Spitzenorganisation in einem Rahmenvertrag einen Katalog von in Praxiskliniken nach [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) ambulant oder stationär durchführbaren stationersetzenden Behandlungen. Damit setzt die Regelung, ebenso wie [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#), in ihrem Wortlaut zunächst daran an, dass in der Praxisklinik sowohl eine ambulante als auch stationäre Leistungserbringung erfolgt. Der Begriff "stationersetzend" findet sich auch in [§ 115b Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) ("stationersetzender" Eingriffe), in dessen Rahmen die Trennung zwischen vertragsärztlicher Versorgung einerseits und Krankenhausbehandlung andererseits für den Leistungsbereich des ambulanten Operierens und der stationersetzenden Eingriffe gerade durchbrochen und eine Erweiterung des Leistungsspektrums des Krankenhauses erreicht werden soll (vgl hierzu Gamperl, in: Kasseler Kommentar, Werkstand: August 2019, [§ 115b SGB V](#) Rn 2 f). In der Gesetzesbegründung zu [§ 115b Abs 1 SGB V](#) hat der Gesetzgeber stationersetzende Eingriffe als solche beschrieben, die überwiegend im Rahmen einer voll- bzw teilstationären Behandlung durchgeführt werden, grundsätzlich jedoch auch ambulant durchgeführt werden können und sich für eine Verlagerung aus der stationären in die ambulante Versorgung eignen ([BT-Drs 14/1245](#)). Hieraus lässt sich folgern, dass auch die in dem Katalog nach [§ 122 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) zu vereinbarenden "stationersetzenden" Behandlungen in Durchbrechung vorgenannter Trennung dem ambulanten Bereich – dann auch bezüglich der Vergütung – zuzuordnen sind (so auch Köhler-Hohmann, jurisPK-SGB V, 3. Auflage 2016, § 122 Rn 12, wonach die Vergütung stationersetzender Leistungen aus der Gesamtvergütung zu den jeweiligen vertragsärztlichen Punktwerten zu erfolgen habe; ein einheitliches Verständnis des Begriffs "stationersetzend" in [§ 115b SGB V](#) und in [§ 122 SGB V](#) ablehnend hingegen Becker, in: ders/Kingreen, SGB V, 6. Auflage 2018, § 122 Rn 4). Jedenfalls im Anwendungsbereich von [§ 122 SGB V](#) bedürfte es damit keiner Zulassung als Krankenhaus. Für dieses Verständnis des [§ 122 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) spricht auch die Regelung des [§ 122 Satz 1 Nr 2 SGB V](#), wonach in dem zwischen dem Spitzenverband und der Krankenkassen und der für die Wahrnehmung der Interessen der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzte gebildeten Spitzenorganisation zu vereinbarenden Rahmenvertrag auch Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu vereinbaren sind. Einer solchen Regelung hätte es nicht bedurft, wenn auch die stationär zu erbringenden "stationersetzenden" Behandlungen nur durch eine als Krankenhaus zugelassene Praxisklinik erbracht werden dürften. Damit führt die Regelung des [§ 122 SGB V](#) insoweit zu einer Förderung der Praxiskliniken, als dass der Kreis der zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringbaren ambulanten Leistungen durch Ausgliederung von Leistungen aus dem stationären Bereich erweitert wird; die Praxiskliniken müssen sich insoweit nicht an den hohen Hürden einer Krankenhauszulassung messen lassen. Gleichzeitig wird das Leistungsspektrum der Praxiskliniken auf die insoweit ambulant zu erbringenden Behandlungen beschränkt. Diesem Verständnis steht nicht entgegen, dass die "stationersetzenden" Behandlungen nach dem Wortlaut des [§ 122 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) sowohl ambulant als auch gerade stationär durchgeführt werden können (vgl auch Knittel, in Krauskopf: Werkstand: Juni 2019, [§ 122 SGB V](#) Rn 3 und § 115 Rn 4, der aus der Zuordnung der stationären Behandlungen einer Praxisklinik nach [§ 122 SGB V](#) kraft Gesetzes zu dem ambulanten Bereich folgert, dass es sich bei einer Praxisklinik nicht um ein Krankenhaus iSv [§ 108 SGB V](#) handele). Zwar erweist sich die Formulierung, dass eine stationersetzende Behandlung auch stationär durchgeführt werden kann, auf den ersten Blick als widersprüchlich. Wird die Formulierung "stationersetzend", wie dargelegt, parallel zu [§ 115b Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) verstanden und damit als Verlagerung gerade in den ambulanten Bereich, steht dies einer stationären Erbringung grundsätzlich entgegen, während umgekehrt, sofern die Behandlung weiterhin als stationär durchgeführt verstanden würde, nicht ersichtlich wäre, inwieweit diese stationersetzend wirken könnte. Allerdings lässt sich dieser Widerspruch unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte der die Praxiskliniken betreffenden Regelungen auflösen. [§ 115 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) trat mit Schaffung des SGB V durch das Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz – GRG) vom 20.12.1988 ([BGBl I 2477](#)) zum 01.01.1989 in Kraft und sollte der Förderung von Praxiskliniken dienen ([BT-Drs 11/2237, S 201](#) zu § 123 des Gesetzesentwurfs). Ziel war es "bei grundsätzlicher Beibehaltung des Vorrangs der ambulanten vor der stationären Behandlung die bisherige Trennung zwischen beiden Bereichen zu überwinden und eine nahtlose leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten durch Kassenärzte und Krankenhäuser zu gewähren" ([BT-Drs 11/2237, S 201](#) zu § 123 des Gesetzesentwurfs). Hieraus folgt zunächst, dass der Gesetzgeber grundsätzlich das in eine ambulante und eine stationäre Versorgung gegliederte System beibehalten und die Praxiskliniken an dieser Schnittstelle ansiedeln, ihnen indes keine Sonderstellung im Sinne eines eigenen, neuen "Sektors" einräumen wollte. Dabei hat er gerade betont, dass es um eine Versorgung der Versicherten "durch Kassenärzte und Krankenhäuser" geht. Eine Regelung vergleichbar [§ 122 SGB V](#) existierte dabei zunächst nicht, so dass es grundsätzlich einer Zulassung als Krankenhaus bedurft hätte, um stationäre Leistungen iSv [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) erbringen zu dürfen. Eine Erweiterung der gesetzlichen Regelungen bezüglich der Praxiskliniken war daher zunächst durch das Gesetz zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung 1997 (Krankenhaus-Neuordnungsgesetz 1997 – KHNG 1997) vorgesehen. Eingefügt werden sollte in das SGB V ein neuer § 116a, der in Abs 1 Satz 4 ausdrücklich die Bestimmung enthielt, dass Praxiskliniken keine Einrichtungen iSd [§ 107 SGB V](#) sind ([BT-Drs 13/3062, S 6](#)). Nach § 116a Abs 1 Satz 2 des Entwurfs war eine Begrenzung der Dauer der stationären Versorgung auf maximal vier Tage und nach Satz 3 auf maximal vier Betten je Vertragsarzt vorgesehen. In Abs 2 Satz 1 des Entwurfs von § 116a war die Regelung vorgesehen, dass die

Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit Praxiskliniken Verträge über stationäre Versorgung schließen können. Die ärztlichen Leistungen in der Praxisklinik sollten gemäß Abs 3 des Entwurfs Bestandteil der vertragsärztlichen Vergütung sein und aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet werden. Soweit und solange die Tätigkeit eines Arztes, der eine Zulassung als Vertragsarzt in einer Praxisklinik beantragt, zur Erfüllung eines Vertrages nach [§ 116a Abs 2 SGB V](#) erforderlich sei, sollten die Ärzte von den Zulassungsbeschränkungen ausgenommen sein (§ 103 Abs 8 des Entwurfs des KHNG 1997, [BT-Drs 13/3062, S 4](#)). Durch die Begrenzung der Liegezeit und der Bettenzahl pro Arzt sollte die Tätigkeit der Praxisklinik gerade von der stationären Versorgung in Krankenhäusern abgegrenzt und auf Versorgungsbereiche konzentriert werden, die sich in der Regel für einen kurzstationären Aufenthalt eignen; entsprechend wurde Abs 1 Satz 4 der Regelung als Klarstellung gesehen ([BT-Drs 13/3062, S 13](#); auch Gaßner/Strömer, GesR 2013, 276 (279) werten § 116a des Entwurfs des KHNG 1997 als reine Klarstellung). Einrichtungen, die nach dem bis dato geltenden Recht als Praxiskliniken tätig gewesen seien und die Anforderungen des [§ 116a SGB V](#) nicht erfüllten, sollten weiterhin als Einrichtungen nach [§ 107 SGB V](#) anzusehen sein und eines Versorgungsvertrages nach § 109 bedürfen ([BT-Drs 13/3062, S 13](#)). Die in § 116a des Entwurfs des KHNG 1997 vorgesehenen Regelungen sind indes – aufgrund Dissenses in der Frage, ob die Praxiskliniken in die Krankenhausplanung einbezogen werden sollten (vgl Schiller, NZS 1999, 325 (327)) – nicht Gesetz geworden.

Auf Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit wurde vielmehr mit Wirkung vom 25.03.2009 § 122 durch das Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) in das SGB V eingeführt. Hierdurch sollte den in [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) als eigenständige Einrichtungen definierten Praxiskliniken eine stärkere Position eingeräumt und ihnen zu einer ihrer Bedeutung im Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung angemessenen Anerkennung verholfen werden ([BT-Drs 16/11429, S 47](#)). Dem Ziel der Hervorhebung der eigenständigen Bedeutung der Praxiskliniken diene auch die gleichzeitige Einfügung einer Nr 7 in den damaligen [§ 140b SGB V](#) (Verträge zu integrierten Versorgungsformen, seit 23.07.2015 [§ 140a Abs 3 Satz 1 Nr 4 SGB V](#)), durch welchen klargestellt werden sollte, dass Krankenkassen Verträge zur integrierten Versorgung auch mit Praxiskliniken schließen können (vgl [BT-Drs 16/11429, S 47](#)). Im Rahmen des [§ 122 SGB V](#) hat der Gesetzgeber zwar weder eine Regelung vergleichbar [§ 116a Abs 1 Satz 4 SGB V](#) des Entwurfs des KHNG noch eine solche vergleichbar § 116a Abs 1 Satz 2 des Entwurfs des KHNG 1997 getroffen, mithin die Praxiskliniken weder ausdrücklich davon ausgenommen, Einrichtungen iSv [§ 107 SGB V](#) sein zu können, noch eine Begrenzung auf "kurzstationäre" Aufenthalte vorgenommen, wobei letzteres möglicherweise allerdings durch eine entsprechende Fassung des Kataloges nach [§ 122 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) realisierbar wäre. Indes lässt sich vor dem Hintergrund der Gesetzeshistorie die Formulierung der stationären stationärsersetzenden Behandlung dahingehend auslegen, dass der Gesetzgeber gerade auch stationäre Behandlungen iSv sich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckenden Behandlungen (vgl zu dem Verständnis der Begriffe vollstationär, teilstationär und ambulant BSG, Urteil vom 28.02.2007 – [B 3 KR 17/06 R](#) – juris Rn 16 ff) von den Krankenhäusern nach [§ 107 SGB V](#) auf die Praxiskliniken verlagern, mithin diese insoweit als "stationärsersetzend" werten will (vgl auch Mareck, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Auflage 2018, [§ 122 SGB V](#) Rn 15, wonach mit "stationärsersetzenden" stationären Behandlungen nur eine stationäre Leistungserbringung durch Vertragsärzte gemeint sein könne, die nicht als Krankenhausbehandlung zu klassifizieren ist und einen maximal kurzstationären Aufenthalt erfasst; vgl auch Hess, in: Kasseler Kommentar, Werkstand: August 2019, § 122 Rn 3, nach welchem die Formulierung "stationär durchführbare stationärsersetzende Behandlung" den Willen des Gesetzgebers, den stationären Teil des Leistungsspektrums einer Praxisklinik gesetzlich nicht an die Zulassung als Krankenhaus iSd [§ 108 SGB V](#) zu binden, zum Ausdruck bringt; Hess, aaO, Rn 5 hält aber eine Kombination aus vertragsärztlicher Zulassung und Versorgungsvertrag für möglich, hierzu sogleich).

Die im Zuge des Entwurfs des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften seitens des Bundesrates insbesondere mit der Begründung, die Krankenhausplanung der Länder würde durch die Regelung ad absurdum geführt und sei verfassungsrechtlich bedenklich ([BT-Drs 16/12677, S 15](#)), vorgeschlagene Streichung von [§ 122 SGB V](#) wurde seitens der Bundesregierung abgelehnt ([BT-Drs 16/12677, S 22](#)). In diesem Zusammenhang hat die Bundesregierung ausdrücklich ausgeführt, dass "mit der Regelung des [§ 122 SGB V](#) bewusst und gewollt weder eine Zulassung der Praxiskliniken als Krankenhäuser angestrebt noch bewirkt [wird]. Die Regelung des [§ 122 SGB V](#) verdeutlicht gerade die eigenständige und gegenüber Krankenhäusern nach [§ 108 SGB V](#) abgegrenzte Stellung der Praxiskliniken im stärker differenzierten Versorgungssystem der GKV. Die Vorschrift greift deshalb auch nicht in die Krankenhausplanung der Länder ein" ([BT-Drs 16/12677, S 23](#)).

Für das aus vorstehenden Ausführungen zum Ausdruck kommende Verständnis von [§ 122 SGB V](#) spricht zudem, dass [§ 122 SGB V](#) anderenfalls mangels Sinn und Zweck faktisch leer liefe. Deutlich wird dies nicht zuletzt daran, dass der Abschluss eines Rahmenvertrages nach [§ 122 SGB V](#) bis dato offenbar daran scheiterte, dass er in Folge der Einstufung der Praxiskliniken als Krankenhäuser als nicht notwendig erachtet wurde. Damit wird aber letztlich das Konzept der Praxisklinik ausgehebelt, da Praxiskliniken, bei denen gerade die ambulante Versorgung im Vordergrund steht, in der Regel die hohen Zugangshürden an Krankenhäuser nicht erfüllen (vgl Mareck, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Auflage 2018, [§ 122 SGB V](#) Rn 11); erfüllen sie diese aber, sind sie nach Zulassung als Krankenhaus zur stationären Versorgung berechtigt. Dies stünde aber grundsätzlich einem Tätigwerden der in der Praxisklinik kooperativ tätig werdenden Vertragsärzte entgegen, sofern diese nicht wiederum Belegärzte iSv [§ 121 SGB V](#) wären. Ein Tätigwerden der Vertragsärzte ohne Belegärzte zu sein zu sein, stünde in Widerspruch zu den übrigen Regelungen des SGB V betreffend die Nahtstelle zwischen ambulanter Versorgung und Krankenhaus und ist damit auch aus systematischen Gründen abzulehnen.

Vor diesem Hintergrund erweist sich auch die Einschätzung, dass [§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) unter der Bezeichnung "Praxisklinik" auch eine Kombination aus vertragsärztlicher Zulassung und dem Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§ 108 Nr 3 SGB V](#) auf der Grundlage einer gewerberechtlichen Konzession nach [§ 30 GewO](#) zulässt, mithin [§ 122 SGB V](#) nicht dazu führt, dass eine Praxisklinik gesetzlich auf die Erbringung stationärsersetzender Eingriffe iSd [§ 115b SGB V](#), ergänzt um die Vorhaltung von Nachsorgemöglichkeiten begrenzt ist (so aber Hess, in: Kasseler Kommentar, Werkstand: August 2019, § 122 Rn 5), als nicht überzeugend. Weitergehende Ausnahmen lassen sich den gesetzlichen Regelungen betreffend die Praxisklinik nicht entnehmen, so dass dann, wenn die Praxisklinik als Krankenhaus tätig werden will, diese den allgemeinen Regelungen für deren Zulassung und Leistungserbringung unterworfen ist. Damit hat die Klägerin vorliegend mangels Eigenschaft als Krankenhaus keinen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§ 108 Nr 3](#) iVm [§ 109 SGB V](#).

bb. Nur ergänzend sei daher angemerkt, dass der geltend gemachte Anspruch der Klägerin auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§ 108 Nr 3](#) iVm [§ 109 SGB V](#) wohl auch dann scheiterte, wenn die Praxisklinik als Krankenhaus eingeordnet würde oder aber ihr, der Klägerin, Antrag dahingehend verstanden würde, dass sie nunmehr generell als Krankenhaus tätig werden und entsprechend auf der Grundlage von DRG abrechnen möchte. Wie oben dargelegt würden für letzteren Fall die Regelungen des [§ 109 SGB V](#) ohnehin uneingeschränkt gelten, dürften aber auch im Falle der Einstufung der Praxisklinik als Krankenhaus keiner Modifikation unterliegen; solche Modifikationen sind weder im Gesetz angelegt noch lässt sich insoweit ein Sonderstatus der Praxiskliniken im Wege der Auslegung des [§ 122 SGB V](#) begründen. Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages wäre mithin, dass die in [§ 109 SGB V](#) genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sind. Insbesondere darf damit ein Versorgungsvertrag nach [§ 108 Nr 3 SGB V](#) gemäß [§ 109 Abs 3 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) nicht

abgeschlossen werden, wenn die Praxisklinik für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist (vgl. in diesem Zusammenhang Stollmann/Wollschläger, in: Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage 2019, § 82 Rn 12, die zwar im Falle der Praxisklinik ein Vorgehen über [§ 108 Nr 3 SGB V](#) fordern, aber davon ausgehen, dass das Erfordernis der Bedarfsnotwendigkeit angesichts der gesetzlichen Zulassung der Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen nach [§ 115b SGB V](#) häufig entgegenstehen werde). Dass vorliegend keine Erforderlichkeit in diesem Sinne besteht, haben die Beklagten unter Berücksichtigung der geringen Fallzahlen der Klägerin und der in Mainz insbesondere in dem Universitätsklinikum und in dem Katholischen Klinikum vorhandenen Planbetten überzeugend dargelegt. Abweichendes wird auch von der Klägerin selbst nicht vorgetragen, die vielmehr eine Sonderbedarfsprüfung für Praxiskliniken fordert. Weiterer Ermittlungen diesbezüglich, insbesondere anhand aktueller Zahlen, bedurfte es angesichts der obigen Ausführungen unter aa. nicht.

3. Letztlich keinen Erfolg hat auch der Hilfsantrag der Klägerin gerichtet auf Feststellung, dass § 2 des dreiseitigen Vertrages nach [§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) vom 07.11.1996 rechtswidrig war. Dieser Antrag ist bereits unzulässig. Bei den dreiseitigen Verträgen nach [§ 115 SGB V](#) handelt es sich um Normenverträge (vgl. etwa Becker, in: ders./Kingreen, SGB V, 6. Auflage 2018, § 115 Rn 4; Wiegand/Clemens, in: Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage 2019, § 36 Rn 52 iVm Rn 8 mwN), gegen die Rechtsschutz grundsätzlich nur inzident im Rahmen einer Klage gegen den auf der Grundlage der jeweiligen Norm ergangenen Vollzugsakt gewährt wird; eine [§ 47](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) vergleichbare Regelung besteht nur mit [§ 55a SGG](#) (vgl. nur Axer, in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Auflage 2017 § 10 Rn 68), der vorliegend nicht einschlägig ist. Nur in Fällen, in denen eine Norm bereits ohne anfechtbaren Vollzugsakt Rechtswirkungen zeitigt oder das Abwarten auf einen Vollzugsakt vor dem Hintergrund der Garantie des effektiven Rechtsschutzes in [Art 19 Abs 4 Grundgesetz \(GG\)](#) unzumutbar ist, besteht die Möglichkeit einer Klage auf Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses nach [§ 55 Abs 1 Nr 1 SGG](#) (Axer, aaO, Rn 69). Ein solcher Fall liegt vorliegend schon deshalb nicht vor, weil der Vertrag inzwischen aufgrund der Kündigung desselben durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz nicht mehr gültig ist. Eine Art Fortsetzungsfeststellungsklage iSv [§ 131 Abs 1 Satz 3 SGG](#) besteht im Hinblick auf Normenverträge nicht.

4. Offen bleiben kann, wie sich das Fehlen des Rahmenvertrages nach [§ 122 SGB V](#) und die fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten besonderer Leistungen der Praxisklinik, etwa im EBM, auswirken. Insbesondere bedarf es keiner Beantwortung der Frage, ob Trägern von Praxiskliniken auf der Grundlage von [§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) Art 12 GG ein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch gegen das betroffene Bundesland auf Erlass einer Rechtsverordnung zusteht, in welcher auch Abrechnungsmöglichkeiten für praxiskliniktypische Leistungen vorzusehen sind (so Gaßner/Strömer, GesR 2013, 276 (283)), da ein entsprechender Anspruch nicht streitgegenständlich ist.

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2 VwGO](#). Außergerichtliche Kosten des Beigeladenen sind nach [§ 197a SGG](#) iVm [§ 162 Abs 3 VwGO](#) nicht zu erstatten.

6. Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen, [§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

RPF

Saved

2019-12-20