
S 14 KR 649/13

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Rheinland-Pfalz
Sozialgericht	Landessozialgericht Rheinland-Pfalz
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Praxisklinik stationersersetzend Versorgungsvertrag dreiseitiger Vertrag Normenvertrag
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 , §§ 107 Abs 1, 108 Nr 3, 109, 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1, 122 Satz 1 Nr 1 SGB V
Normenkette	
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 14 KR 649/13
Datum	17.10.2017
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 5 KR 89/18
Datum	05.12.2019
3. Instanz	
Datum	-

1. Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 17.10.2017 wird zurÄckgewiesen.

2. Die KlÄgerin trÄgt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

AuÄgergerichtliche Kosten des Beigeladenen sind nicht zu erstatten.

3. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

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

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

GemÄÄ 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 [Â§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) bedÄrfen

Praxiskliniken einer Zulassung nach [Â§Â§ 108, 109 SGB V](#) (Â§ 2 Abs 2 HS 2 des Vertrages). Bei der Einrichtung von Praxiskliniken sind die Vorgaben der

Krankenhausplanung zu berÄcksichtigen (Â§ 2 Abs 3 des Vertrages). Der Vertrag wurde inzwischen mit Wirkung vom 01.07.2019 durch die KassenÄrztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz gekÄndigt; ein neuer Vertrag existiert noch nicht.

Am 03.09.2012 beantragte die KlÄgerin bei dem Beklagten zu 6 den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [Â§ 108 Nr 3](#) iVm [Â§ 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 Äberwiegend ambulant tÄtig bleiben. Aus medizinischen GrÄnden sei aber in einer begrenzten Anzahl von

BehandlungsfÄllen eine stationÄre Aufnahme fÄr maximal drei NÄchte erforderlich, um das Leistungsspektrum der in der Klinik tÄtigen FachÄrzte im Sinne einer optimalen Behandlung abdecken zu kÄnnen. 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 fÄr eine stationÄre Behandlung in Betracht kommenden

Indikationen seien in der beigeÄgten Anlage 1 aufgelistet. Die Tagesklinik biete die GewÄhr fÄr eine leistungsfÄhige und wirtschaftliche

Krankenhausbehandlung. Alle operierenden Ärzte seien FachÄrzte fÄr 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 mÄglich zu

gewÄhrleisten. Der medizinische Rahmen einer Praxisklinik trage im Vergleich zu grÄÄeren Einrichtungen dazu bei, in und auÄerhalb des Krankenhauses hohe Folgekosten zu vermeiden, sei es durch Infektionsrisiken oder durch aufwendige hÄusliche Krankenpflege. Die Tagesklinik sei im GroÄraum M auch fÄr 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 Augenchirurgie. 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 genießen 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 [Â§ 109 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) die Ablehnung des Antrags der KlÃ¤gerin auf Abschluss eines Versorgungsvertrages. Am 18.12.2013 hat die KlÃ¤gerin Klage vor dem Sozialgericht (SG) Mainz erhoben. Nach der Rechtsprechung des BSG sei der Abschluss eines Versorgungsvertrages nur mÃ¶glich, wenn eine LÃ¼cke im Krankenhausplan bestehe. Dies sei fÃ¼r die von dem Gesetzgeber den Praxiskliniken zugewiesenen Aufgabenbereiche der Fall. Die Krankenkassen hÃ¤tten das Recht und die Pflicht, den geltend gemachten Bedarf zu prÃ¼fen. Das BSG habe klargestellt, dass der Krankenhausplan weder zu dem Umfang des Bedarfs noch zu dem Umfang des durch PlankrankenhÃ¤user gedeckten Bedarfs eine Bindungs- oder Tatbestandswirkung fÃ¼r die Entscheidung Ã¼ber den Versorgungsvertrag entfalte. Der Krankenhausplan erÃ¶ffne den Krankenkassen auch keinen gerichtsfreien Beurteilungsspielraum. Die Feststellung des Bedarfs im Krankenhausplan unterliege deshalb auch im Streit um den Abschluss eines Versorgungsvertrages der vollen Ã¼berprÃ¼fung durch die Gerichte. FÃ¼r 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 [Â§ 115 Abs 2](#) und [122 SGB V](#) berechtigt, auch stationÃ¤r zu behandeln. Der Gesetzgeber habe zudem die Krankenkassen verpflichtet, die Kooperation von VertragsÃ¤rzten in Praxiskliniken zu fÃ¶rdern, die sich gerade durch die ErgÃ¤nzung von ambulanter und stationÃ¤rer Versorgung in einer Einrichtung von nur ambulant tÃ¤tigen VertragsÃ¤rzten und KrankenhÃ¤usern unterscheide. Sie seien deshalb als eigene TrÃ¤gergruppe in der Bedarfsplanung einzuordnen. Solange Praxiskliniken hierin nicht berÃ¼cksichtigt wÃ¼rden, kÃ¶nne mit dem Hinweis auf eine Bedarfsdeckung nicht argumentiert werden. Der Gesetzgeber habe mit Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) am 01.01.1989 die FÃ¶rderung der Praxiskliniken auch fÃ¼r den stationÃ¤ren Versorgungsbereich in Auftrag gegeben, obwohl zu diesem Zeitpunkt bereits kein zusÃ¤tzlicher Bedarf an Betten in GroÃ¼krankenhÃ¤usern bestanden habe. Die EinfÃ¼hrung des [Â§ 122 SGB V](#) im Jahre 2009 zeige, dass der Gesetzgeber an diesen Zielen festhalte. Da die Krankenkassen die gesetzlichen AuftrÃ¤ge aus den [Â§ 115, 122 SGB V](#) bis dato nicht erfÃ¼llt hÃ¤tten, bleibe ihr, der KlÃ¤gerin, nur die MÃ¶glichkeit, einen Versorgungsvertrag zu schlieÃ¼en. UnabhÃ¤ngig von der besonderen Stellung der Praxisklinik im SGB V seien auch der von ihr, der KlÃ¤gerin, in ihrem Antrag nachgewiesene Bedarf und das Interesse der gesetzlich Krankenversicherten an einer Behandlung in ihrer, der KlÃ¤gerin, Praxisklinik bei der Entscheidung Ã¼ber den Versorgungsvertrag zu berÃ¼cksichtigen. Die in [Â§ 2 Abs 3 SGB V](#) angesprochene Vielfalt der Leistungserbringer und deren Auswahl sei ein tragendes Element der Sozialversicherung. Dazu gehÃ¶re auch das Wahlrecht der Versicherten, im Krankheitsfall aus dem Spektrum der Leistungserbringer die Institution zu wÃ¤hlen, die er fÃ¼r sich als die geeignetste betrachte. Den in dem Ausschluss von der stationÃ¤ren Versorgung liegenden Eingriff in die BerufsausÃ¼bungsfreiheit der in der Praxisklinik tÃ¤tigen Ã¤rzte rechtfertigten nicht schon finanzielle GrÃ¼nde, etwa die Sorge vor einer Erweiterung des Angebotes. Nur Gemeinwohlbelange von hoher Bedeutung wÃ¶ren so schwer, dass sie gegenÃ¼ber dem schutzwÃ¼rdigen Interesse der in Praxiskliniken tÃ¤tigen VertragsÃ¤rzte an den von dem Gesetzgeber vorgesehenen BehandlungsmÃ¶glichkeiten 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 [Â§ 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 [Â§ 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

4901,102540

44288

339

4431443

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 beständen insbesondere im Stadtgebiet M noch

Ärberkapazitäten 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 bestätigte 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 stationersetzende 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 [Â§ 109 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) genannten Krankenkassenverbände wie "eine Behörde" im Sinne des (iSd) [Â§ 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 [Â§ 211a SGB V](#). Die Beklagten seien vorliegend entsprechend [Â§ 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 [Â§ 140a Abs 3 Satz 1 Nr 4 SGB V](#), [Â§ 140b Abs 1 Nr 7 SGB V](#) mit einzelnen Krankenkassen Verträge nach [Â§ 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 [Â§ 122 SGB V](#) zu erreichen. Nach der Konzeption des Gesetzgebers dürfe die Klägerin zwar als Praxisklinik ohne Weiteres ihre Leistungen gemäß einem Rahmenvertrag iSv [Â§ 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 ([Â§ 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 [Â§ 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 [Â§ 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 verwaltungsaktförmig, soweit er beliehe (Hinweis auf [Â§ 158 Abs 2](#) Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen – [Versicherungsaufsichtsgesetz \(VAG\)](#)). Im Bereich des [Â§ 108 Nr 3 SGB V](#) sei er nicht beliehe, da er nicht in [Â§ 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 [Â§ 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 [Â§ 211a Satz 1 SGB V](#) auch schon bei dem Ausgangsbescheid die Möglichkeit übereinstimmend 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. [Â§ 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 ([Â§ 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 [Â§ 108 Nr 3 SGB V](#) gemäß [Â§ 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 [Â§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) und kein Krankenhaus iSd [Â§ 108 Nr 3 SGB V](#) sei. Der Bundesgesetzgeber habe in [Â§ 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 [Â§ 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 Wortlaut des Gesetzes um kein Krankenhaus, sondern um eine Einrichtung sui generis, in der eine erweiterte vertragsärztliche Versorgung erfolge (Hinweis auf Gauner/Strämer: 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 [Â§ 2](#) des in Rheinland-Pfalz geltenden dreiseitigen Vertrages nach [Â§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) vom 07.11.1996 erhalten. Die Regelung in [Â§ 2 Abs 2 und 3](#) dieses Vertrages, dass die Praxiskliniken eines Versorgungsvertrages nach [Â§ 108, 109 SGB V](#) bedürfen und die Vorgaben des Landeskrankenhausplans zu beachten sind, verstoße gegen Bundesrecht. [Â§ 108 Nr 3 SGB V](#) sehe vor, dass nur Krankenhäuser einen solchen Vertrag erhalten können. [Â§ 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 [Â§ 115b SGB V](#), fehle eine Grundlage für den stationären Teil der Behandlungen in Praxiskliniken. Der Gesetzgeber

habe aber gemäß [Â§ 115 SGB V](#) die Ausgestaltung der FÃ¼rderung der Praxiskliniken dreiseitigen VertrÃ¤gen zwischen Krankenkassen, KrankenhÃ¤usern und VertragsÃ¤rzten Ã¼bertragen. Dazu gehÃ¶re auch die Regelung der VergÃ¼tung. In der Literatur sei die Einordnung der Praxiskliniken in das Vertragssystem umstritten. Nach Ã¼berwiegender Meinung fielen die Praxiskliniken â soweit sie stationÃ¤r behandelten â unter [Â§ 108 Nr 3 SGB V](#) (Hinweis auf Becker/Kingreen, SGB V, Â§ 115 Rn 7). Nach einer weiteren Ansicht bedÃ¼rfte die Praxisklinik aufgrund der Trennung zwischen ambulanter und stationÃ¤rer Versorgung gleich dem Belegkrankenhaus einer Zulassung als Krankenhaus nach [Â§ 108 Nr 3 SGB V](#) (Hinweis auf KÃ¶hler-Hohmann, jurisPK-SGB V, Â§ 115 Rn 36). Zum Teil werde auch ausgefÃ¼hrt, dass, sofern Praxiskliniken die Voraussetzungen nach [Â§ 107 Abs 1 SGB V](#) und nach [Â§ 109 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) erfÃ¼llten, also die GewÃ¤hr fÃ¼r eine leistungsfÃ¤hige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bÃ¶ten und auch bedarfsnotwendig seien, der Abschluss eines Versorgungsvertrages als Vertragskrankenhaus und damit die Erbringung von Krankenhausleistungen nach [Â§ 39 SGB V](#) mÃ¶glich sei (Hinweis auf Orłowski/Rau, SGB V, Â§ 115 Rn 7 â 9). Diese Voraussetzungen erfÃ¼lle sie, die KlÃ¤gerin. Dagegen ordneten andere die Praxisklinik als eigenstÃ¤ndige Einrichtung neben der Vertragsarztpraxis und dem Krankenhaus ein, die eine Verbindung zwischen ambulanten und stationÃ¤ren Behandlungsformen ermÃ¶glichen solle, ohne an die jeweiligen bereichsspezifischen BeschrÃ¤nkungen gebunden zu sein (Hinweis auf GaÃ¼ner/StrÃ¶mer, GesR 2013, 277; Steege, in: Hauck/Noftz, SGB V, Â§ 115 Rn 18 â 26). Die Beklagten gingen mit dem dreiseitigen Vertrag vom 07.11.1996 davon aus, dass eine Praxisklinik fÃ¼r den stationÃ¤ren Teil ihres Leistungsspektrums einen Versorgungsvertrag nach [Â§ 108 f SGB V](#) beantragen mÃ¼sse. Werde sich dieser rechtlichen Einordnung angeschlossen, so mÃ¼sse bei der PrÃ¼fung 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 Ã¼brigen sei anzumerken, dass auch nach KÃ¼ndigung des Vertrages vom 07.11.1996 durch die KassenÃ¤rztliche Vereinigung weiterhin ein RechtsschutzbedÃ¼rfnis bestehe, da fÃ¼r eine Neuverhandlung des Vertrages von entscheidender Bedeutung sei, ob Praxiskliniken bei stationÃ¤rer Behandlung als KrankenhÃ¤user iSd [Â§ 108 Nr 3 SGB V](#) oder als Einrichtungen sui generis einzuordnen seien.

Die KlÃ¤gerin 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 WillenserklÃ¤rung zu dem Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages fÃ¼r sieben Betten in den angegebenen Indikationsbereichen zu verurteilen,

2. hilfsweise, festzustellen, dass Â§ 2 des dreiseitigen Vertrages nach [Â§ 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 zurÃ¼ckzuweisen.

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 [Â§ 108, 109 SGB V](#) als auch für die Ablehnung eines solchen nicht vorgesehen. In Anwendung von [Â§ 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 nehmen sich in Anspruch ambulant und stationär zu versorgen. Damit müssten sie dem Gesetz nach aber Krankenhaususer sein, da nur in Krankenhäusern eine stationäre Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfte. Seien Praxiskliniken aber Krankenhaususer, bedürften sie keiner gesonderten Regelung, etwa einer gesonderten Qualitätssicherung iSv [Â§ 122 SGB V](#). Aus diesem Grund sei es bis dato nicht zu dem in [Â§ 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 [Â§ 108 Nr 3, 109 SGB V](#). Die Klägerin könne keinen modifizierten Versorgungsvertrag, der nicht für ein Krankenhaus, sondern für eine Praxisklinik gelte, aufgrund von [Â§ 2](#) des dreiseitigen Vertrages nach [Â§ 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 [Â§ 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 handle oder sie als Krankenhaus iSd [Â§ 107 SGB V](#) zu betrachten sei, könne letztlich dahinstehen, da der Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß [Â§ 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 [Â§ 2](#) des dreiseitigen Vertrages nach [Â§ 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 [Â§ 108 Nr 3, 109 SGB V](#) bedürften, soweit sie stationäre Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbrächten.

Das beigeladene 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 mÄ¼ndlichen Verhandlung und der Beratung war.

EntscheidungsgrÄ¼nde:

Die nach [Ä§ 143 f, 151 SGG](#) zulÄ¼ssige Berufung der KlÄ¼gerin 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 â [3 RK 7/96](#) â juris Rn 12 fÄ¼hrt die Mitwirkung einer unzustÄ¼ndigen Kasse oder eines unzustÄ¼ndigen Kassenverbandes jedenfalls nicht zur der Aufhebung des gesamten Bescheides); jedenfalls ist die KlÄ¼gerin, welche einzig Berufung eingelegt hat, hierdurch nicht beschwert.

1. Das SG Mainz ist zutreffend davon ausgegangen, dass die vorliegend â in erster Instanz ausschlieÃ¼lich und im Berufungsverfahren im Hauptantrag â erhobene Anfechtungs- und Leistungsklage ([Ä§ 54 Abs 1 Satz 1](#) iVm [Ä§ 54 Abs 4 SGG](#)) zulÄ¼ssig ist.

Soweit das BSG vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des BVerfG zu einer (unzulÄ¼ssigen) Mischverwaltung, offen gelassen hat, ob die Ablehnungsentscheidung bezÄ¼glich des Abschlusses des Versorgungsvertrages als schlichte WillenserklÄ¼rung oder als Verwaltungsakt anzusehen ist (vgl BSG, Urteil vom 28.07.2008 â [B 1 KR 5/08 R](#) â juris Rn 18 ff sowie Urteil vom 16.05.2012 â [B 3 KR 9/11 R](#) â juris Rn 22; gegen die Annahme eines Verwaltungsaktes sprechen sich etwa Bockholdt, in: Hauck/Noftz, Werkstand III/2019, Ä§ 109 SGB Rn 16 und Knittel, in: Krauskopf, Werkstand: Juni 2019, [Ä§ 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 â [B 3 KR 9/11 R](#) â juris Rn 22). Die Leistungsklage umfasst sowohl die MÄ¼glichkeit der Abgabe einer gemeinsamen ErklÄ¼rung aller Beklagten auf Abschluss eines Versorgungsvertrages als auch die MÄ¼glichkeit der Abgabe von zwei WillenserklÄ¼rungen, der KrankenkassenverbÄ¼nde einerseits und der Ersatzkassen andererseits (vgl BSG, Urteil vom 28.07.2008 â [B 1 KR 5/08 R](#) â juris Rn 22, 27 sowie Urteil vom 16.05.2012 â [B 3 KR 9/11 R](#) â juris Rn 26).

Der KlÄ¼gerin fehlt es auch nicht an einem RechtsschutzbedÄ¼rfnis.

DiesbezÄ¼glich wird zur Vermeidung bloÃ¼er Wiederholungen auf das Urteil des SG Mainz vom 17.10.2017 verwiesen ([Ä§ 153 Abs 2 SGG](#)). Hieran vermag der Umstand nichts zu Ä¼ndern, dass zwischenzeitlich der zwischen den Beteiligten in Rheinland-Pfalz nach [Ä§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) geschlossene Vertrag durch die KassenÄ¼rztliche Vereinigung gekÄ¼ndigt wurde. Das Bestehen eines solchen Vertrages ist nicht Voraussetzung fÄ¼r den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [Ä§ 109 SGB V](#).

2. Die Klage ist indes unbegrÄ¼ndet.

a. Mit Blick auf die formelle RechtmÄ¼Ã¼igkeit kann offen bleiben, ob die Beklagten, die nach der Rechtsprechung des BSG aufgrund des gemeinsamen Handelns als eine BehÄ¼rde anzusehen sind (vgl hierzu BSG, Urteil vom 16.05.2012 â [B 3 KR 9/11 R](#) â juris Rn 20), entsprechend einen (gemeinsamen) Widerspruchsbescheid

statt jeweils $\hat{=}$ wie vorliegend geschehen $\hat{=}$ 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](#) $\hat{=}$ juris Rn 12; ebenso BSG, Urteil vom 28.07.2008 [B 1 KR 5/08 R](#) $\hat{=}$ 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](#) $\hat{=}$ juris Rn 12 und Urteil vom 28.07.2008 [B 1 KR 5/08 R](#) $\hat{=}$ juris Rn 28).

b. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [Â§ 108 Nr 3 iVm Â§ 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 [Â§ 109 Abs 3 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) mangeln (hierzu unter bb).

aa. Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [Â§ 108 Nr 3 iVm Â§ 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 [Â§ 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 verhindern, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen 4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Gemäß [Â§ 39 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Unter den Voraussetzungen von [Â§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) besteht ein Anspruch der in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherten auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach [Â§ 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 ([Â§ 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 [Â§ 115b SGB V](#), und stationäre oder teilstationäre Leistungen

durch einen Vertragsarzt erbracht werden, namentlich im Falle des Belegarztes iSv [Â§ 121 Abs 2 SGB V](#) (vgl auch [Â§ 18](#) Gesetz $\frac{1}{4}$ ber die Entgelte f $\frac{1}{4}$ r voll- und teilstation \ddot{a} re Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz $\hat{=}$ KHEntgG)), wobei letzterer seine Leistungen nach dem EBM aus der vertrags \ddot{a} rtztlichen Gesamtverg $\frac{1}{4}$ tung abrechnet ([Â§ 121 Abs 3 Satz 1 SGB V](#)).

Sowohl der Wortlaut von [Â§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#), insbesondere aber von [Â§ 122 SGB V](#), als auch systematische Gr $\frac{1}{4}$ nde und die Entstehungsgeschichte der die Praxiskliniken betreffenden Regelungen sowie deren Sinn und Zweck sprechen daf $\frac{1}{4}$ r, dass Praxiskliniken nicht als Krankenh \ddot{a} user einzustufen und demnach nicht zu dem Abschluss von Versorgungsvertr \ddot{a} gen nach [Â§ 108 Nr 3](#) iVm [Â§ 109 SGB V](#) berechtigt sind.

Der Begriff "Praxisklinik" ist in [Â§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) legaldefiniert als Einrichtung, in der die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertrags \ddot{a} rzte ambulant und station \ddot{a} r versorgt werden. Ausgangspunkt und Voraussetzung f $\frac{1}{4}$ r das Bestehen einer Praxisklinik ist somit zun \ddot{a} chst, dass mehrere Vertrags \ddot{a} rzte in Kooperation t \ddot{a} tig werden. Anders als etwa ein Medizinisches Versorgungszentrum nimmt die Praxisklinik nicht als solche an der vertrags \ddot{a} rtztlichen Versorgung teil (vgl [Â§ 95 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)); eines gesonderten Zulassungsaktes bedarf es mithin nicht. Vielmehr ergibt sich aus der Regelung des [Â§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#), dass in der Praxisklinik Vertrags \ddot{a} rzte t \ddot{a} tig werden m $\frac{1}{4}$ ssen, folglich diese an der vertrags \ddot{a} rtztlichen Versorgung teilnehmen; deren Zulassung zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter iSv [Â§ 95 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) setzt [Â§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) gerade voraus. Damit impliziert [Â§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) zun \ddot{a} chst eine Teilnahme an der vertrags \ddot{a} rtztlichen Versorgung und damit an der ambulanten Versorgung. Merkmal der Praxisklinik ist nach dem Wortlaut des [Â§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) dar $\frac{1}{4}$ ber hinaus jedoch, dass auch eine station \ddot{a} re Versorgung erfolgt. \ddot{A} ber eine Zulassung zur station \ddot{a} ren Versorgung, die, wie eingangs dargelegt, grunds \ddot{a} tzlich von Krankenh \ddot{a} usern erbracht wird, verf $\frac{1}{4}$ gen Vertrags \ddot{a} rzte gerade nicht. Die station \ddot{a} re Versorgung soll indes nach [Â§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) ausdr $\frac{1}{4}$ cklich durch die Vertrags \ddot{a} rzte erfolgen. Damit legt es der Wortlaut des [Â§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) zun \ddot{a} chst 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, [Â§ 115 SGB V](#) Rn 18) und sie im Hinblick auf den station \ddot{a} ren Teil der Leistungserbringung gerade kein Krankenhaus iSv [Â§ 107 Abs 1 SGB V](#), sondern $\hat{=}$ mit den entsprechenden Folgen f $\frac{1}{4}$ r die Verg $\frac{1}{4}$ tung $\hat{=}$ insgesamt dem ambulanten Bereich zuzuordnen ist (so im Ergebnis auch Ga \ddot{A} ner/Str \ddot{A} mer, GesR 2013, 276 (278); Knittel, in Krauskopf: Werkstand: Juni 2019, [Â§ 122 SGB V](#) Rn 3 und [Â§ 115](#) Rn 4; Mareck, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Auflage 2018, [Â§ 122 SGB V](#) Rn 11; Sonnhoff, in: Hauck/Noftz, Werkstand III/2019, [Â§ 122 SGB V](#) Rn 5; ausf $\frac{1}{4}$ hrlich Steege, in: Hauck/Noftz, Werkstand III/2019, [Â§ 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, [Â§ 122](#) Rn 3; Kingreen/Bogan, in: BeckOK Sozialrecht, Werksstand: 01.09.2019, [Â§ 115](#) Rn 6 und Bogan, aaO, [Â§ 122](#) Rn 2; K \ddot{A} hler-Hohmann, jurisPK-SGB V, 3. Auflage 2016, [Â§ 122](#) Rn 12; Quaas, in: ders/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Auflage 2018, Rn 69; Stollmann/Wollschl \ddot{a} ger,

in: Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage 2019, Â§ 82 Rn 12). Deutlicher wird dieses Verstandnis anhand der in systematischem Zusammenhang zu [Â§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) stehenden Regelung des [Â§ 122 SGB V](#). Nach [Â§ 122 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der f¼r die Wahrnehmung der Interessen der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzte gebildeten Spitzenorganisation in einem Rahmenvertrag einen Katalog von in Praxiskliniken nach [Â§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) ambulant oder stationär durchf¼hrbaren stationersetzenden Behandlungen. Damit setzt die Regelung, ebenso wie [Â§ 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 [Â§ 115b Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) ("stationersetzender" Eingriffe), in dessen Rahmen die Trennung zwischen vertragsärztlicher Versorgung einerseits und Krankenhausbehandlung andererseits f¼r 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, [Â§ 115b SGB V](#) Rn 2 f). In der Gesetzesbegr¼ndung zu [Â§ 115b Abs 1 SGB V](#) hat der Gesetzgeber stationersetzende Eingriffe als solche beschrieben, die berwiegend im Rahmen einer voll- bzw teilstationären Behandlung durchgef¼hrt werden, grundsätzlich jedoch auch ambulant durchgef¼hrt werden knnen und sich f¼r 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 [Â§ 122 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) zu vereinbarenden "stationersetzenden" Behandlungen in Durchbrechung vorgenannter Trennung dem ambulanten Bereich â dann auch bez¼glich der Verg¼tung â zuzuordnen sind (so auch Khler-Hohmann, jurisPK-SGB V, 3. Auflage 2016, Â§ 122 Rn 12, wonach die Verg¼tung stationersetzender Leistungen aus der Gesamtverg¼tung zu den jeweiligen vertragsärztlichen Punktwerten zu erfolgen habe; ein einheitliches Verstandnis des Begriffs "stationersetzend" in [Â§ 115b SGB V](#) und in [Â§ 122 SGB V](#) ablehnend hingegen Becker, in: ders/Kingreen, SGB V, 6. Auflage 2018, Â§ 122 Rn 4). Jedenfalls im Anwendungsbereich von [Â§ 122 SGB V](#) bedürfte es damit keiner Zulassung als Krankenhaus. F¼r dieses Verstandnis des [Â§ 122 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) spricht auch die Regelung des [Â§ 122 Satz 1 Nr 2 SGB V](#), wonach in dem zwischen dem Spitzenverband und der Krankenkassen und der f¼r 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 dürfen. Damit f¼hrt die Regelung des [Â§ 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 "stationsersetzenden" Behandlungen nach dem Wortlaut des [Â§ 122 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) sowohl ambulant als auch gerade stationär durchgeführt werden können (vgl auch Knittel, in Krauskopf: Werkstand: Juni 2019, [Â§ 122 SGB V](#) Rn 3 und [Â§ 115 Rn 4](#), der aus der Zuordnung der stationären Behandlungen einer Praxisklinik nach [Â§ 122 SGB V](#) kraft Gesetzes zu dem ambulanten Bereich folgert, dass es sich bei einer Praxisklinik nicht um ein Krankenhaus iSv [Â§ 108 SGB V](#) handle). Zwar erweist sich die Formulierung, dass eine stationsersetzende Behandlung auch stationär durchgeführt werden kann, auf den ersten Blick als widersprüchlich. Wird die Formulierung "stationsersetzend", wie dargelegt, parallel zu [Â§ 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 stationsersetzend wirken könnten. Allerdings lässt sich dieser Widerspruch unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte der die Praxiskliniken betreffenden Regelungen auflösen. [Â§ 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 [Â§ 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 gewährleisten" ([BT-Drs 11/2237, S 201](#) zu [Â§ 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 [Â§ 122 SGB V](#) existierte dabei zunächst nicht, so dass es grundsätzlich einer Zulassung als Krankenhaus bedürfte hätte, um stationäre Leistungen iSv [Â§ 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 [Â§ 116a](#), der in Abs 1 Satz 4 ausdrücklich die Bestimmung enthielt, dass Praxiskliniken keine Einrichtungen iSd [Â§ 107 SGB V](#) sind ([BT-Drs 13/3062, S 6](#)). Nach [Â§ 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 [Â§ 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 [Â§ 116a Abs 2 SGB V](#) erforderlich sei, sollten die Ärzte von den Zulassungsbeschränkungen ausgenommen sein (Â§ 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 eigneten; entsprechend wurde Abs 1 Satz 4 der Regelung als Klarstellung gesehen ([BT-Drs 13/3062, S 13](#); auch Gaßner/Strämer, GesR 2013, 276 (279) werten Â§ 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 [Â§ 116a SGB V](#) nicht erfüllten, sollten weiterhin als Einrichtungen nach [Â§ 107 SGB V](#) anzusehen sein und eines Versorgungsvertrages nach Â§ 109 bedürfen ([BT-Drs 13/3062, S 13](#)). Die in Â§ 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 Â§ 122 durch das Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG) in das SGB V eingeführt. Hierdurch sollte den in [Â§ 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 [Â§ 140b SGB V](#) (Verträge zu integrierten Versorgungsformen, seit 23.07.2015 [Â§ 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 [Â§ 122 SGB V](#) hat der Gesetzgeber zwar weder eine Regelung vergleichbar [Â§ 116a Abs 1 Satz 4 SGB V](#) des Entwurfs des KHNG noch eine solche vergleichbar [Â§ 116a Abs 1 Satz 2](#) des Entwurfs des KHNG 1997 getroffen, mithin die Praxiskliniken weder ausdrücklich davon ausgenommen, Einrichtungen iSv [Â§ 107 SGB V](#) sein zu können, noch eine Begrenzung auf "kurzstationäre" Aufenthalte vorgenommen, wobei letzteres möglicherweise allerdings durch eine entsprechende Fassung des Kataloges nach [Â§ 122 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) realisierbar wäre. Indes lässt sich vor dem Hintergrund der Gesetzeshistorie die Formulierung der stationären stationsersetzenden 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 [Â§ 107 SGB V](#) auf die Praxiskliniken verlagern, mithin diese insoweit als "stationsersetzend" werten will (vgl auch Mareck, in: Berchtold/Huster/Rehborn, Gesundheitsrecht, 2. Auflage 2018, [Â§ 122 SGB V](#) Rn 15, wonach mit "stationsersetzenden" stationären Behandlungen nur eine stationäre

Leistungserbringung durch Vertragsärzte gemeint sein können, 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 stationersetzende 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: Barchtold/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 stationersetzender 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 $\frac{1}{4}$ berzeugend. 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 [Â§ 108 Nr 3 iVm Â§ 109 SGB V](#).

bb. Nur ergänzend sei daher angemerkt, dass der geltend gemachte Anspruch der Klägerin auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [Â§ 108 Nr 3 iVm Â§ 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 [Â§ 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 [Â§ 122 SGB V](#) begründen.

Voraussetzung für den Abschluss eines Versorgungsvertrages wäre mithin, dass die in [Â§ 109 SGB V](#) genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sind.

Insbesondere darf damit ein Versorgungsvertrag nach [Â§ 108 Nr 3 SGB V](#) gemäß [Â§ 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, Â§ 82 Rn 12, die zwar im Falle der Praxisklinik ein Vorgehen über [Â§ 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 [Â§ 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 Â§ 2 des dreiseitigen Vertrages nach [Â§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) vom 07.11.1996 rechtswidrig war. Dieser Antrag ist bereits unzulässig. Bei den dreiseitigen Verträgen nach [Â§ 115 SGB V](#) handelt es sich um Normenverträge (vgl etwa Becker, in: ders/Kingreen, SGB V, 6. Auflage 2018, Â§ 115 Rn 4; Wiegand/Clemens, in: Laufs/Kern/Rehborn, Handbuch des Arztrechts, 5. Auflage 2019, Â§ 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 [Â§ 47](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) vergleichbare Regelung besteht nur mit [Â§ 55a SGG](#) (vgl nur Axer, in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Auflage 2017 Â§ 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 [Â§ 55 Abs 1 Nr 1 SGG](#) (Ayer, 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 [Â§ 131 Abs 1 Satz 3 SGG](#) besteht im Hinblick auf Normenverträge nicht.

4. Offen bleiben kann, wie sich das Fehlen des Rahmenvertrages nach [Â§ 122 SGB V](#) und die fehlenden Abrechnungsmöglichkeiten besonderer Leistungen der Praxisklinik, etwa im EBM, auswirken. Insbesondere bedarf es keiner Beantwortung der Frage, ob Träger von Praxiskliniken auf der Grundlage von [Â§ 115 Abs 4 iVm 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 Gauner/Stramer, GesR 2013, 276 (283)), da ein entsprechender Anspruch nicht Streitgegenstandlich ist.

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

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

Erstellt am: 20.12.2019

Zuletzt verändert am: 23.12.2024