


<b>Gericht:</b>	SG Mainz 14. Kammer	<b>Quelle:</b>	
<b>Entscheidungsdatum:</b>	17.10.2017	<b>Normen:</b>	§ 39 Abs 1 S 1 SGB 5, § 108 Nr 3 SGB 5, § 109 Abs 1 S 1 SGB 5, § 115 Abs 1 SGB 5, § 115 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB 5, § 211a S 1 SGB 5, § 212 SGB 5, § 31 SGB 10, Art 83 GG, Art 83ff GG
<b>Aktenzeichen:</b>	S 14 KR 649/13		
<b>Dokumenttyp:</b>	Urteil		

**(Krankenversicherung - Versorgungsvertrag zur  
Krankenhausbehandlung - Praxisklinik zum Abschluss nicht  
befugt - Festlegung in dreiseitigem Vertrag nach § 115 Abs 1  
SGB 5, dass Praxiskliniken eines solchen Vertrages bedürfen -  
Verstoß gegen Bundesrecht - einheitlicher Verwaltungsakt zur  
Ablehnung des Abschlusses eines Versorgungsvertrags nicht  
durch Verband der Privaten Krankenversicherung eV -  
Abschluss des Verwaltungs-/Widerspruchsverfahrens durch  
ermächtigten Landesverband oder ermächtigten vdek -  
verfassungsrechtliche Frage der Mischverwaltung)**

### Leitsatz

Praxiskliniken (§ 115 Abs 2 Nr 1 SGB V) können keinen Versorgungsvertrag abschließen, da der Gesetzgeber sie nicht als Krankenhaus ausgestaltet hat sondern als zugleich ambulante und stationäre Einrichtung mit Wurzeln im vertragsärztlichen Sektor. [\(Rn.47\)](#)  
Die Festlegung eines im Land Rheinland-Pfalz geltenden dreiseitigen Vertrages nach § 115 Abs 1 SGB V, dass Praxiskliniken eines solchen Vertrages bedürfen, verstößt gegen zwingendes Bundesrecht. [\(Rn.51\)](#)

Der einheitliche Verwaltungsakt, mit dem der Abschluss eines Versorgungsvertrages abgelehnt wird, kann nicht auch im Namen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung eV ergehen, da dieser insoweit nicht Beliehener ist. Das Verwaltungsverfahren kann durch einen ermächtigten Landesverband oder den ermächtigten vdek im Namen aller Beteiligten oder durch koordinierte, im Wesentlichen gleichlautende Verwaltungsakte abgeschlossen werden. Dies gilt auch für den Widerspruchsbescheid, wobei sich bei getrennten, im Wesentlichen gleichlautenden Widerspruchsbescheiden keine besonderen Fragen der Bevollmächtigung stellen. [\(Rn.34\)](#)

Die verfassungsrechtliche Frage der Mischverwaltung stellt sich bei einem gesetzlich geforderten einheitlichen Verwaltungsakt, an dem Krankenkassen im Aufsichtsbereich des Bundes und im Aufsichtsbereich des Landes beteiligt sind, nicht, wenn die Entscheidung konsensual getroffen wird (§ 211a S 1 SGB V). Es handelt sich dann lediglich um ein "acting in concert", das dem föderalen Bundesstaat vielfach eigen ist. [\(Rn.33\)](#)

### Tenor

1. Der Bescheid der Beklagten vom 25. Januar 2013 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 10. Dezember 2015, 2. Februar 2016, 11. Dezember 2015, 9. Dezember 2015, 14. Dezember 2015 und 28. November 2015 wird insoweit aufgehoben, als der Ausgangsbescheid auch im Namen des Verbandes der privaten

Krankenversicherung e.V. erging. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

2. Die Klägerin hat 90 Prozent und die Beklagten haben 10 Prozent der Kosten des Verfahrens zu tragen.

3. Der Streitwert wird auf 15.000 Euro festgesetzt.

## Tatbestand

- 1 Die Beteiligten streiten um den Abschluss eines Versorgungsvertrags, mit dem die Klägerin zur Krankenhausbehandlung und Abrechnung stationärer Leistungen für gesetzlich Versicherte zugelassen würde.
- 2 Die Klägerin wurde 1997 als ambulantes Operationszentrum mit den Schwerpunkten Gynäkologie, HNO und Proktologie gegründet. Sie ist seither eine Privatklinik nach § 30 Gewerbeordnung mit der Möglichkeit, die Patienten im medizinischen Bedarfsfall auch über Nacht zu betreuen. Sie nahm ab 2004 an der integrativen Versorgung teil.
- 3 Mit Schreiben vom 31. August 2012 beantragte die Klägerin bei den rheinland-pfälzischen Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen e. V. den Abschluss eines Versorgungsvertrages bezogen auf sieben vorhandene Betten in zwei Doppel- und drei Einzelzimmern als Praxisklinik (Bl. 13 d. Gerichtsakte – GA). Derzeit seien drei Krankenschwestern bzw. Krankenpfleger und zwei medizinische Fachangestellte sowie eine Auszubildende im stationären Bereich tätig. Der Schwerpunkt der Tagesklinik sei auch in Zukunft der ambulante Bereich. In einer begrenzten Zahl von Behandlungsfällen sei aus medizinischen Gründen eine stationäre Aufnahme von maximal drei Nächten erforderlich, um das Leistungsspektrum der in der Klinik tätigen Fachärzte im Sinne einer optimalen Behandlung abdecken zu können. In 2011 seien in der Klinik 490 Patienten stationär nachbehandelt worden, davon 44 zweitägig und drei dreitägig. 230 Patienten seien in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert gewesen. Nach Abschluss eines Versorgungsvertrages werde sich die Zahl der gesetzlich versicherten Patienten erhöhen. In Anlage 1 zum Schreiben findet sich eine Aufzählung der für eine stationäre Behandlung in Betracht kommenden 55 Indikationen aus den Fachbereichen Hernien, proktologische Chirurgie, Schulter- und Kniechirurgie, rekonstruktive plastische Chirurgie und Augenchirurgie. Die Klägerin biete Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung. Die medizinische Ausstattung der Klinik entspreche im vollen Umfang dem angestrebten Versorgungsauftrag. Die wirtschaftliche Versorgung ergebe sich aus der Intention, ambulant vor stationär so weit wie möglich zu gewährleisten. Die Klägerin sei für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der gesetzlich Versicherten auch erforderlich. Bei den Mainz bestehenden Akutkrankenhäusern würden notwendige Behandlung häufig mehrfach verschoben. Lange Wartezeiten seien üblich. Bei der Klägerin behandelten vor allem hochspezialisierte Operateure. Auch die wesentlich geringere Infektionsgefahr spreche für Praxiskliniken. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts habe der Krankenhausbedarfsplan keine Bindungs- oder Tatbestandswirkung für die Entscheidung über den Versorgungsvertrag. Ein Krankenhaus sei dann bedarfsgerecht, wenn es nach seiner objektiven Gegebenheit in der Lage sei, einem vorhandenen Bedarf gerecht zu werden. Dies werde durch die bisherige Inanspruchnahme der Klägerin durch gesetzlich Versicherte belegt, ohne dass es zu verringerter Nachfrage bei den Mainzer Akutkliniken gekommen sei. Unabhängig davon sei der medizinischen Leistungsbedarf in so geringem Umfang wie beantragt im Rahmen einer Landeskrankenhausplanung empirisch kaum ermittelbar. Die besondere Leistungsstruktur der Praxiskliniken habe bisher keine Berücksichtigung in der Krankenhausplanung gefunden. Deshalb sei der Weg über einen Versorgungsvertrag der rechtlich angemessene. Die Landesverbände der Krankenkassen hätten es versäumt, beim Abschluss von Versorgungsverträgen die Vielfalt der Krankenträger zu berücksichtigen. Die Teilhabe der Praxiskliniken einer stationären Versorgung dürfe nicht grundsätzlich ausgeschlossen sein. Dies würde das Grundrecht der Berufsfreiheit der in Praxiskliniken tätigen Ärzte in **verfassungswidriger** Weise einschränken.
- 4 Der Verband der Ersatzkassen (vdek) hat mit Schreiben vom 25. Januar 2013 federführend für die Landesverbände der Krankenkassen und für den Verband der privaten Krankenversicherung e.V den Antrag abgelehnt, da ein Versorgungsvertrag für

eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich sei. Der festgestellte Bettenbedarf sei bereits durch zugelassene Plankrankenhäuser, Hochschulkliniken oder Vertragskrankenhäuser gedeckt. Bereits zugelassenen Krankenhäuser und Hochschulkliniken genossen einen faktischen Vorrang. Die in den beiden Mainzer Akutkrankenhäusern vorgehaltene Bettenkapazität in den Disziplinen, in dem die Klägerin tätig werden wolle, sei in den nächsten Jahren für das Einzugsgebiet Mainz nicht nur gedeckt sondern zu reduzieren. Zu diesem Ergebnis komme auch die Planungsbehörde in ihrem Krankenhausplan 2010. Eine Rechtsbehelfsbelehrung enthielt die Entscheidung nicht.

- 5 Die Ablehnung des Antrags wurde vom zuständigen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demographie des Landes Rheinland-Pfalz mit Schreiben vom 27. März 2013 genehmigt.
- 6 Am 18. Dezember 2013 hat die Klägerin Klage erhoben. Das Gericht hat die Sache mit den Beteiligten am 18. August 2015 erörtert und darauf hingewiesen, dass die Klage aufgrund einer fehlenden Durchführung des Vorverfahrens unzulässig war. Das Verfahren wurde zur Durchführung eines Vorverfahrens ausgesetzt. Nach Erlass getrennter, aber im ganz Wesentlichen gleich lautender Widerspruchsbescheide durch die Beklagten (Beklagte zu 1 am 10. Dezember 2015), Beklagte zu 2 am 2. Februar 2016, Beklagte zu 3 am 11. Dezember 2015, Beklagte zu 4 am 9. Dezember 2015, Beklagte zu 5 am 14. Dezember 2015, Beklagte zu 6 am 28. November 2015) hat das Gericht das Verfahren am 18. April 2016 wieder aufgerufen.
- 7 Die Klägerin trägt vor, sie könne praxiskliniktypische Leistungen nicht abrechnen. Es sei unzutreffend, die Praxisklinik in den Krankenhausbedarfsplan einordnen zu wollen. Die Intention des Gesetzgebers zur Schaffung von Praxiskliniken müsse beachtet werden. Sie wolle kein Krankenhaus werden sondern eine Praxisklinik und uneingeschränkt auch ambulant tätig sein. Der angestrebte Versorgungsvertrag werde nicht allein bezogen auf die in der Anlage 1 des Antrags genannten Indikationen begehrt, sondern bezogen auf die Fachgebiete dieser Indikationen. In den vier Jahren Verfahrenslaufzeit hätten sich die Möglichkeiten der Klägerin auch durch Personalwechsel verändert.
- 8 Die Klägerin beantragt,  
9 den Bescheid der Beklagten vom 25. Januar 2013 in Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 10. Dezember 2015, 2. Februar 2016, 11. Dezember 2015, 9. Dezember 2015, 14. Dezember 2015 und 28. November 2015 aufzuheben, und die Beklagten zur Abgabe einer annehmenden Willenserklärung zum Antrag der Klägerin auf Abschluss eines Versorgungsvertrags für sieben Betten in den angegebenen Indikationsbereichen zu verurteilen.
- 10 Die Beklagten beantragen,  
11 die Klage abzuweisen.
- 12 Sie beziehen sich auf den Inhalt der Verwaltungsakte und ihrer Widerspruchsbescheide. Sie halten die Klage für unbegründet, da ein Versorgungsvertrag für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich sei. Der Verband der Ersatzkassen sei der richtige Beklagte in Prozessstandschaft für die Beklagten zu 6. Diese hätten den vdek gemäß § 212 Abs. 5 Satz 4 SGB V als gemeinsamen Bevollmächtigten bestimmt. An der Ablehnung des Vertragsschlusses sei der Verband der Privaten Krankenversicherung nicht zu beteiligen gewesen. Die Nennung sei allerdings unschädlich. Die Frage, was Praxiskliniken seien, sei weiterhin unklar. Sofern die Praxiskliniken ambulante Leistungen erbrächten müssten sie nach dem Gesetz Krankenhäuser sein (unter Verweis auf §§ 39, 108 SGB V). Dann benötigten sie mindestens einen Versorgungsvertrag. Hiervon seien die Beklagten ausgegangen. Seien sie aber Krankenhäuser bedürfte es der Regelungen in § 122 SGB V nicht mehr. Es sei § 109 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V uneingeschränkt anzuwenden. Eine Sonderstellung der Praxiskliniken bei der Bedarfsplanung sei dem Gesetz nicht zu entnehmen. Die rechnerisch geringe Belegung von 0,7 GKV-Patienten pro Tag rechtfertige keinen Abschluss eines Versorgungsvertrages über Krankenhausbetten. Es sei nicht davon

auszugehen, dass die Zahl wesentlich steige. Die Fallzahl sei statistisch nicht relevant. Die Plankrankenhäuser seien nicht ausgelastet, so dass der Bedarf hier erbracht werden könne. Auch wenn der Gesetzgeber Praxiskliniken für die Versorgung der Versicherten berücksichtigt sehen wolle, könne daraus nicht abgeleitet werden, dass die Verbände der Krankenkassen verpflichtet seien, bei nicht nachgewiesenem Bedarf, einen Versorgungsvertrag abzuschließen, um die Existenz der Praxiskliniken zu gewährleisten. Man wolle daher die Praxis der bisherigen Zuweisung an die Klägerin durch Einzelfallentscheidungen oder im Wege der integrativen Versorgung fortsetzen. Sie reicht eine Übersicht der Kapazitäten der Plankrankenhäuser in Mainz und der Region ein. Die einheitliche Entscheidung im Vorfeld des Ausgangsbescheides sei einstimmig getroffen worden.

- 13 Der Beigeladene stellt keinen Antrag.
- 14 Der Beigeladene teilte mit, seiner Ansicht nach handele es sich bei der Klägerin nicht um ein Krankenhaus nach § 107 SGB V. Die Leistungsfähigkeit der Klägerin unterliege nicht seiner Prüfung sondern derjenigen der Krankenkassen. Die im Landeskrankenhausplan und mit Versorgungsverträgen versehenen Krankenhäuser seien für eine Versorgung im Mainz ausreichend. Die Landesregierung beabsichtige keine Rechtsverordnung nach § 115 Abs. 4 SGB V zu erlassen. Vertragsverhandlungen seien nicht gescheitert. Es bestehe ein dreiseitiger Vertrag vom 7. November 1996. Dieser sei rechtmäßig. In diesem Vertrag hätten die Vertragsparteien geregelt, dass die Praxiskliniken der Zulassung nach § 108 Nr. 3 SGB V bedürften. Man könne die Rechtsverordnung nicht schaffen, so lange kein Rahmenvertrag nach § 122 SGB V bestehe. Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen für Praxiskliniken in Rheinland-Pfalz seien nicht geplant.
- 15 Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

### **Entscheidungsgründe**

- 16 Die Klage ist zulässig. Klagebegehren der Klägerin ist es, über einen Versorgungsvertrag als Praxisklinik grundsätzlich für alle gesetzlich Versicherten, also über Einzelfallentscheidungen und Vereinbarungen mit einzelnen Kassen hinaus, in bestimmten Fachgebieten „allgemein“ stationäre Leistungen ebenso abrechnen zu können wie ambulante Tätigkeiten. Eine Aufgabe der ambulanten Tätigkeit oder Beschränkung auf den einem Krankenhaus erlaubten Umfang ist nicht vom Klagebegehren umfasst.
- 17 Richtige Klageart für das Klagebegehren des Abschlusses eines Versorgungsvertrags ohne Konkurrentenlage ist die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 1 S 1, Abs. 4 SGG (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – B 3 KR 9/11 R – Rn. 20). Diese hat die Klägerin mit ihrem Antrag erhoben.
- 18 Streitgegenständlich ist ein einheitlicher Verwaltungsakt. Die erkennende Kammer schließt sich der Rechtsauffassung des Bundessozialgerichts an, dass bei Entscheidungen über den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit Krankenhäusern ein Verwaltungsakt ergeht und die Gesamtheit der in § 109 Abs. 1 S 1 SGB V genannten Krankenkassenverbände wie „eine Behörde“ im Sinne des § 1 Abs. 2 SGB X anzusehen ist (BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – B 3 KR 9/11 R –, juris Rn. 20). Hierfür spricht praktisch das gesetzliche Erfordernis des gemeinsamen Handelns aller Krankenkassenverbände sowie die Regelung des § 211a SGB V, wonach sich die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen über die von ihnen nach dem SGB V gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen einigen sollen (Satz 1). Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt die Beschlussfassung durch je einen Vertreter der Kassenart, dessen Stimme mit der landesweiten Anzahl der Versicherten [...] seiner Kassenart zu gewichten ist (Satz 2). Für die praktische Umsetzung der gesetzlich notwendigen einheitlichen Entscheidung kommen für die in § 109 Abs. 1 S. 1 SGB V Genannten entweder der Erlass eines Bescheids durch einen Landesverband oder den vdek (vgl. § 212 Abs. 5 S. 4 ff SGB V) im Namen und mit Vollmacht der Übrigen oder aber gleichlautende eigene Entscheidungen der Genannten in Betracht.

- 19 Die Beklagten sind zutreffend benannt. Es handelt sich um die in § 109 Abs. 1 S. 1 SGB V genannten Landesverbände der Krankenkassen und die „Ersatzkassen gemeinsam“, die in Prozessstandschaft der vdek vertritt (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – B 3 KR 9/11 R – juris 23).
- 20 Der gerichtlichen Entscheidung steht kein fehlendes Rechtsschutzbedürfnis entgegen. Insbesondere kann die Klägerin das angestrebte Ergebnis nicht außerprozessual „auf einfachere Weise erreichen“ und kann die Entscheidung seine rechtliche und wirtschaftliche Situation verbessern (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Auflage 2017, Vorbemerkung vor § 51 Rn. 16).
- 21 Dem Rechtsschutzbedürfnis steht nicht entgegen, dass die Klägerin als Praxisklinik gemäß § 140a Abs. 3 S. 1 Nr. 4 SGB V, § 140b Abs. 1 Nr. 7 SGB V mit einzelnen Krankenkassen Verträge nach § 140a Abs. 1 SGB V abschließen kann. Der Versorgungsvertrag ist weitergehend, da er Wirkung für alle Krankenkassen entfaltet. Der flächendeckende Abschluss von Einzelverträgen ist auch nicht leichter.
- 22 Ein fehlendes Rechtsschutzbedürfnis ergibt sich auch nicht daraus, dass es der Klägerin als Praxisklinik möglich wäre, die Abrechnung stationärer Leistungen leichter nach § 122 Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) zu erreichen. Diese Norm lautet:
- 23 § 122 Behandlung in Praxiskliniken
- 24 Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen der in Praxiskliniken tätigen Vertragsärzte gebildete Spitzenorganisation vereinbaren in einem Rahmenvertrag
- 25 1. einen Katalog von in Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 ambulant oder stationär durchführbaren stationsersetzenden Behandlungen,
- 26 2. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse.
- 27 Die Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 sind zur Einhaltung des Vertrages nach Satz 1 verpflichtet.
- 28 Nach der Konzeption des Gesetzgebers dürfte die Klägerin zwar als Praxisklinik ohne Weiteres ihre Leistungen gemäß eines solchen Rahmenvertrages anbieten. Bis dato ist eine entsprechende Vereinbarung aber nicht zustande gekommen (vgl. Antwort des Bundesministerium für Gesundheit auf Frage 16 in der Bundestags-Drucksache 18/13577). Insofern besteht auch keine Möglichkeit zur Abrechnung mit der Gesetzlichen Krankenversicherung auf diesem Weg. Die Klägerin hat als Nichtbeteiligte auch keine Möglichkeit, auf das Zustandekommen einer solchen Vereinbarung Einfluss zu nehmen, um ihr Ziel leichter zu erreichen. Die erkennende Kammer, die über den Abschluss eines Vertrages nach § 122 SGB V nicht zu entscheiden hat, sieht sich zu der Anmerkung veranlasst, dass diese Form der Institutionalisierung einer Gesundheitsversorgungseinrichtung, ohne dieser einen klar strukturierten und individuell durchsetzbaren Zugang zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zu geben, verfassungsrechtliche Probleme aufweist. Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat in anderem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass der Ausschluss eines Krankenhauses aus der Krankenhausversorgung durch Rechtsakt(e) der Krankenkassen einen existenzgefährdenden Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit bedeutet, der im Hinblick darauf, dass ca. 90 % der Bevölkerung in der GKV versichert sind, nahe an eine Einschränkung der Berufsfreiheit heranreicht und deshalb das Grundrecht aus Art 12 Abs. 1 GG tangiert (BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – B 3 KR 9/11 R – juris Rn. 32). Ein Krankenhaus, das keine GKV-Patienten aufnehmen darf, sei im Regelfall zur Betriebsaufgabe gezwungen. Auch wenn sich die Situation einer Praxisklinik, die auf die vertragsärztliche Versorgung im ambulanten Bereich ausweichen kann, wirtschaftlich nicht existenzvernichtend darstellt, verhindert der Abschluss des vom Gesetzgeber vorgesehenen Vertrages jedoch die Berufsausübung in einem vom Gesetzgeber vorgesehenen Arbeitsfeld. Das Gesetz sieht für die Klägerin keine rechtsförmige Möglichkeit vor, einen solchen Vertragsschluss durchzusetzen.

- 29 Der Zulässigkeit der Klage steht auch nicht entgegen, dass das Beigeladene die erforderliche Genehmigung der "zuständigen Landesbehörde" abgelehnt hat (§ 109 Abs. 3 S 2 SGB V). Die Genehmigung ist ein Behördeninternum; ihr Fehlen würde die Ablehnungsentscheidung nicht rechtswidrig machen und würde im Falle einer rechtskräftigen Verurteilung zum Abschluss eines Versorgungsvertrages durch das Endurteil ersetzt (BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – B 3 KR 9/11 R –juris Rn. 24). Aus diesem Grunde war auch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde gemäß § 75 Abs. 1. S. 1. Abs. 2 SGG notwendig beizuladen (BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – B 3 KR 9/11 R – juris Rn. 24; BSGE 78, 243), was durch die Kammer erfolgte.
- 30 Die Klage ist im Sinne des Tenors begründet, im Übrigen unbegründet.
- 31 Rechtsgrundlage für den erlassenen Verwaltungsakt ist §§ 108 Nr. 3, 39 Abs. 1 S. 1, 109 SGB V.
- 32 Der Verwaltungsakt war insoweit formell rechtswidrig und aufzuheben, als der Ausgangsbescheid auch im Namen des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e.V. erging. Dieser eingetragene privatrechtliche Verein ist nur verwaltungsaktfähig, soweit er beliehen ist (vgl. § 158 Abs. 2 VAG). Im Bereich des § 108 Nr. 3 SGB V ist er nicht beliehen, da er nicht in § 109 Abs. 1 S. 1 SGB V benannt ist.
- 33 Der Verwaltungsakt ist im Übrigen formell rechtmäßig. Die erkennende Kammer hat insbesondere keine Bedenken, dass es sich bei dem Verwaltungsakt um eine grundgesetzlich verbotene Mischverwaltung zwischen Bund und Land Rheinland-Pfalz handelt (vgl. BVerfGE 119, 331). Die Entscheidung basiert 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 hat keine Ebene für die andere Ebene mitentschieden; nach Auskunft der Beklagten erging die Entscheidung einstimmig. Das einvernehmliche Handeln beim Verwaltungsakt und den Widerspruchsbescheiden unterscheidet hier die konkrete Situation von dem damals verfassungswidrigen § 44b Abs. 3 S. 3 SGB II, über den das Bundesverfassungsgericht im Urteil vom 20. Dezember 2007 (Az. 2 BvR 2433/04 – juris, Rn. 164) zu entscheiden hatte. Ob sich die Frage einer Mischverwaltung im Falle des § 211a S. 2, 3 SGB V stellt, war hier nicht zu entscheiden.
- 34 Es ist formell nicht zu beanstanden, dass die Beklagten bei der Prüfung des in ihrem Namen erlassenen Verwaltungsakts im Widerspruchsverfahren getrennte Widerspruchsbescheide erlassen haben. Dies ändert nichts an dem einheitlichen Verwaltungsakt. Zum einen haben sie beim „acting in concert“ nach § 211a S. 1 SGB V nach Überzeugung der erkennenden Kammer auch schon beim Ausgangsbescheid die Möglichkeit übereinstimmende getrennte Bescheide zu erlassen; die Verfahrensweise beim Ausgangsbescheid bindet sie nicht im Widerspruchsverfahren. Zum anderen haben 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 ist und wenn ja, ob dafür die Vorstände oder Verwaltungsräte (§ 197 Abs. 1 SGB V) zuständig sind.
- 35 Der Verwaltungsakt ist im Ergebnis materiell rechtmäßig. Die Beklagten haben das geltende Recht für Versorgungsverträge zutreffend angewendet.
- 36 Nach § 39 Abs. 1 S. 1 SGB V wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht.
- 37 Nach § 108 SGB V dürfen die Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen: 1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind, 2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder 3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

- 38 Den Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 108 Nr. 3 SGB V regelt § 109 SGB V. Diese Norm lautet:
- 39 (1) Der Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform. Bei den Hochschulkliniken gilt die Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften, bei den Plankrankenhäusern die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes als Abschluss des Versorgungsvertrages. Dieser ist für alle Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich. Die Vertragsparteien nach Satz 1 können im Einvernehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde eine gegenüber dem Krankenhausplan geringere Bettenzahl vereinbaren, soweit die Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht verändert wird; die Vereinbarung kann befristet werden. Enthält der Krankenhausplan keine oder keine abschließende Festlegung der Bettenzahl oder der Leistungsstruktur des Krankenhauses, werden diese durch die Vertragsparteien nach Satz 1 im Benehmen mit der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde ergänzend vereinbart.
- 40 (2) Ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrags nach § 108 Nr. 3 besteht nicht. Bei notwendiger Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern, die sich um den Abschluß eines Versorgungsvertrags bewerben, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Erfordernissen einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten sowie leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung am besten gerecht wird.
- 41 (3) Ein Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus
- 42 1. nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet,
- 43 2. bei den maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 6 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf der Grundlage der vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 136c Absatz 2 übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist, die im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsanforderungen nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß nicht erfüllt, höchstens drei Jahre in Folge Qualitätsabschlägen nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes unterliegt oder
- 44 3. für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist.
- 45 Abschluß und Ablehnung des Versorgungsvertrags werden mit der Genehmigung durch die zuständigen Landesbehörden wirksam. Verträge, die vor dem 1. Januar 1989 nach § 371 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung abgeschlossen worden sind, gelten bis zu ihrer Kündigung nach § 110 weiter.
- 46 (4) Mit einem Versorgungsvertrag nach Absatz 1 wird das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung (§ 39) der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften dieses Gesetzbuchs mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu führen.
- 47 Der Abschluss eines Versorgungsvertrages ist deswegen nicht möglich, weil die Klägerin kein Krankenhaus im Sinne des § 108 Nr. 3 SGB V ist. Für den Abschluss eines Versorgungsvertrages müsste sie zwingend ein Krankenhaus sein.
- 48 Es steht für die erkennende Kammer fest, dass die Klägerin eine Praxisklinik im Sinne

des § 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V ist und kein Krankenhaus.

- 49 Der Bundesgesetzgeber hat 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. Der Bundesgesetzgeber hat die Praxisklinik in § 115 Abs. 2 Nr. 1 SGB V als zugleich ambulante und stationäre Einrichtung mit Wurzeln im vertragsärztlichen Sektor ausgestaltet und nicht als Krankenhaus mit eingeschränkter ambulanter Tätigkeit mit Wurzeln im stationären Sektor. Es handelt sich damit schon nach dem Wortlaut des Gesetzes um kein Krankenhaus sondern um eine Einrichtung sui generis, in der eine erweiterte vertragsärztlicher Versorgung erfolgt (zutreffend: Gaßner/Strömer: Der Anspruch auf Zugang von Praxiskliniken zur Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, GesR 2013, S. 277).
- 50 Die Klägerin kann 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 7. November 1996 erhalten.
- 51 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, verstößt gegen Bundesrecht. § 108 Nr. 3 SGB V sieht vor, dass nur Krankenhäuser einen solchen Vertrag erhalten können. § 115 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sieht vor, dass Praxiskliniken kein Krankenhaus sind. Der erkennenden Kammer ist 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.
- 52 Die Klage war daher im Wesentlichen abzuweisen.
- 53 Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a Abs. 1 SGG in Verbindung mit § 155 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Sie berücksichtigt, dass die Klägerin nur einen geringen Erfolg hatte.
- 54 Die Entscheidung über den Streitwert beruht nach Ermessen des Gerichts auf der Bedeutung für die Klägerin (§ 197a Abs. 1 S 1 Halbs. 1 SGG iVm § 52. Abs. 1, 2, 3 GKG), wobei im Hinblick auf die geringe Bettenzahl und die geringen Fallzahlen der jährliche Gewinn auf 5.000 Euro geschätzt und für drei Jahre angenommen wurde.