

Az.: 5 A 820/11
4 K 80/06

Ausfertigung



RSÄCHSISCHES OBERVERWALTUNGSGERICHT

Im Namen des Volkes

Urteil

In der Verwaltungsrechtssache

der mbH
vertreten durch die Geschäftsführung

- Klägerin -
- Berufungsbeklagte -

prozessbevollmächtigt:

gegen

den Freistaat Sachsen
vertreten durch das Sächsische Staatsministerium
für Soziales und Verbraucherschutz
Albertstraße 10, 01097 Dresden

- Beklagter -
- Berufungskläger -

wegen

Aufnahme in den Krankenhausplan
hier: Berufung

hat der 5. Senat des Sächsischen Obergerverwaltungsgerichts durch den Vorsitzenden Richter am Obergerverwaltungsgericht Raden, die Richterin am Obergerverwaltungsgericht Döpelheuer und den Richter am Obergerverwaltungsgericht Tischer aufgrund der mündlichen Verhandlung am 14. Mai 2013

am 14. Mai 2013

für Recht erkannt:

Die Berufung des Beklagten wird zurückgewiesen.

Der Beklagte trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

- 1 Die Klägerin begehrt die Aufnahme von 50 Betten zur akut-stationären psychosomatischen und psychotherapeutischen Versorgung, die ihre Klinik C..... in C..... anbietet, in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen.
- 2 Die in einem Vorort von C..... autobahnnah liegende Klinik ist auf Verhaltensmedizin, Psychosomatik, Psychotherapie und Psychiatrische Rehabilitation spezialisiert und möchte etwa die Hälfte ihrer stationären Rehabilitationsplätze (50 Betten) für die akut-stationäre psychosomatische und -therapeutische Versorgung nutzen. Deshalb beantragte die Klägerin am 22. Dezember 2004, ihre Klinik ab 1. Januar 2005 mit 50 solcher Betten in den sächsischen Krankenhausplan aufzunehmen. Dies lehnte der Beklagte mit Bescheid vom 3. Januar 2006 ab, nachdem der Krankenhausplanungsausschuss der Antragsablehnung zugestimmt, der Beklagte ein persönliches Gespräch mit der Klinikleitung geführt und er sodann die Klägerin schriftlich angehört hatte.
- 3 Der Bescheid wurde damit begründete, dass im Regierungsbezirk C..... der akut-stationäre Bettenbedarf im Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ bereits durch zwei Krankenhäuser gedeckt sei. In der letzten Fortschreibung des Krankenhausplans für 2002 bis 2004 sei eine Bettenbedarfsziffer von 0,4 Betten je 10.000 Einwohner, auch als prognostisch anzustreben,

festgeschrieben. Der in der von der Klägerin vorgelegten Abhandlung von J..... und G.... errechnete Bedarf von 1,6 Betten je 10.000 Einwohner widerspreche dem Krankenhausplan. Die Abhandlung bestätige aber, dass die akut-stationäre psychosomatische von der rehabilitativ-stationären Versorgung nicht klar abgrenzbar sei. Die vorhandenen rehabilitativ-stationären Betten seien somit den akut-stationären hinzuzurechnen. In Sachsen gebe es daher sogar 1,83 stationäre psychosomatische Betten je 10.000 Einwohner. Die akut-stationäre psychosomatische Versorgung in den zwei ausgewählten Krankenhäusern werde den Zielen der Krankenhausplanung am Besten gerecht. Wegen der unklaren Abgrenzung und um ökonomisch orientierte Verschiebungen zu verhindern, widerspreche der Betrieb von Akutmedizin und Rehabilitation in einem Haus, wie dies in der Klinik der Klägerin der Fall wäre, den Zielen der Krankenhausplanung. Zudem sehe der Krankenhausplan vor, zusätzliche akut-stationäre psychosomatische Betten vorrangig durch Umwidmung zu gewinnen. Die zwei ausgewählten Krankenhäuser, die geeignet seien, die wohnortnahe Versorgung im Regierungsbezirk zu sichern, seien bestandskräftig in den Plan aufgenommen. Eine Korrektur sei deshalb weder zulässig noch veranlasst.

- 4 Der dagegen am 18. Januar 2006 erhobenen Verpflichtungsklage auf Aufnahme in den Krankenhausplan, hilfsweise auf Neubescheidung, hat das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 10. September 2009 - 4 K 80/06 - unter Klageabweisung im Übrigen im Hilfsantrag stattgegeben und den Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 3. Januar 2006 verpflichtet, über den Antrag der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Nach gesicherter Rechtsprechung habe ein Krankenhaus Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan, wenn es bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig sei und kein anderes ebenfalls geeignetes Krankenhaus den Bedarf decken könne. Bei mehreren geeigneten Krankenhäusern sei eine fehlerfreie Auswahlentscheidung zu treffen. Dazu müsse eine Bedarfsanalyse den aktuellen und - prognostisch - den künftigen tatsächlichen (nicht nur gewünschten) Bettenbedarf beschreiben. Ob der Bedarf im Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ vom Beklagten anhand der Hill-Burton-Formel mit 0,4 Betten je 10.000 Einwohner oder von der Klägerin anhand der Abhandlung von J..... und G.... mit 1,6 Betten je 10.000 Einwohner richtig errechnet sei, müsse das Gericht nicht prüfen. Denn der Beklagte sei nach seinem eigenen Vortrag nur vom gewünschten und nicht vom tatsächlichen

Bedarf ausgegangen. Es fehle zudem eine nachprüfbare, methodisch einwandfreie Berechnung. Dies müsse der Beklagte nachholen und nicht das Gericht durch Amtsermittlung. Denn die Bedarfsanalyse enthalte eine Prognose, die nur dem Beklagten zustehe und vom Gericht nur darauf geprüft werden könne, ob von zutreffenden Werten, Daten und Zahlen und einer wissenschaftlich anerkannten Berechnungsmethode ausgegangen worden sei. Daher komme nur eine Verpflichtung des Beklagten zur Neubescheidung in Betracht.

5 Seine mit Beschluss vom 8. November 2011 (zugestellt am 6. Dezember 2011) zugelassene Berufung hat der Beklagte am 2. Januar 2012 begründet.

6 Er trägt vor, die Klägerin habe keinen Anspruch auf Neubescheidung. Im Versorgungsbereich (damals dem Regierungs-, jetzt dem gebietsgleichen Direktionsbezirk C.....) gebe es bereits zwei geeignete, den Bedarf deckende Krankenhäuser, die er fehlerfrei ausgewählt habe. Es sei der tatsächliche und kein gewünschter Bedarf an akut-stationären psychosomatischen Betten bestimmt worden und zwar seit der ersten Aufnahme psychosomatischer Betten in den sächsischen Krankenhausplan ab 1994 bis heute unverändert durch Bedarfsfortschreibung mit der seit Jahrzehnten anerkannten, am häufigsten zur Bedarfsermittlung verwendeten Hill-Burton-Formel.

7 Mit dieser habe er auch 2004 den Krankenhausplan für 2005/06 fortgeschrieben und zunächst mit den damals nur für 2003 vorliegenden Daten den psychosomatischen Bettenbedarf errechnet. Dazu habe er die Einwohnerzahl des Regierungsbezirks C..... (2003 laut Statistischem Landesamt 1.568.153) mit der dortigen Krankenhaushäufigkeit (2003 in diesem Fachgebiet laut Statistischem Landesamt 0,31 Krankenhauspatienten pro 1.000 Einwohner im Jahr, d. h. $0,00031/365$), mit der durchschnittlichen Soll-Verweildauer eines Patienten dieses Fachgebiets pro Krankenhausaufenthalt (40 Tage, was etwa dem Bundes- und Landesdurchschnitt entspreche) und der gemeinsam mit dem Krankenhausplanungsausschuss für dieses Fachgebiet festgelegten Bettenauslastung von 90 % (Bettennutzungsgrad 100/90) multipliziert. Für 2003 ergebe dies 59 Betten ($1.568.153 \times 0,00031/365 \times 40 \times 100/90$), die er prognostisch auf 2005/06 hochgerechnet, d. h. einen Bevölkerungsrückgang um 1 % auf 1.537.203 Einwohner

und eine Steigerung der Krankenhaushäufigkeit um 10 % pro Jahr wegen der Einführung des DRG-Systems (Fallpauschalen) auf 0,38 Krankenhauspatienten pro 1.000 Einwohner angenommen habe. Die so für 2005/06 im Regierungsbezirk C..... errechneten 71 Betten ($1.537.203 \times 0,00038/365 \times 40 \times 100/90$) habe er wegen des in den Kliniken E..... einrichtungsbezogen höheren Bedarfs auf 83 Betten aufgestockt. Für Sachsen habe er ebenso gerechnet, was 2003 in Sachsen bei 4.321.437 Einwohnern 163 Betten ($4.321.437 \times 0,00031/36 \times 40 \times 100/90$) und 2005/06 - bei einem Bevölkerungsrückgang um 1 % auf 4.278.222 und einer auf 0,35 Krankenhauspatienten pro 1.000 Einwohner gestiegenen Krankenhaushäufigkeit - 182 Betten ($4.278.222 \times 0,00035/365 \times 40 \times 100/90$) ergebe. Die Planfortschreibung für 2005/06 weise daher für den Regierungsbezirk D..... 79 und für den Regierungsbezirk L..... 20 akut-stationäre psychosomatische Betten aus. Eine Erhöhung der 83 Betten im Regierungsbezirk C..... (davon 20 im Klinikum C..... und 63 in den Kliniken E.....) sei somit ausgeschlossen gewesen.

- 8 Dies gelte auch danach. Der Bedarf an akut-stationären psychosomatischen Betten im Krankenhausplan sei 2007/08 unverändert geblieben, habe sich aber ab der Planfortschreibung für 2009 bis 2011 erhöht, landesweit von 182 auf 199 Betten, davon im Direktionsbezirk C..... von 83 auf 95 Betten, weil sich der Bedarf in den Kliniken E..... von 63 auf 75 Betten erhöht habe. Denn vor 2009 habe die tatsächliche Bettenauslastung in E..... im Jahresdurchschnitt über 100 % gelegen, weil die Fallzahl gestiegen sei, d. h. die Zahl an Krankenhauspatienten des Fachgebiets „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, welche die Plankrankenhäuser jahresweise aufgeschlüsselt nach der Herkunft (Wohnort) der Patienten melden. So könne die Zahl der in jedem der drei sächsischen Versorgungsbereiche (den Regierungs- bzw. den gebietsgleichen Direktionsbezirken) anfallenden Krankenhauspatienten konkret bestimmt werden und damit auch der Bettenbedarf der Region, indem die Fallzahl anhand der Einwohnerzahl der Region auf eine Zahl pro 1.000 Einwohner umgerechnet werde, was die Krankenhaushäufigkeit der Region ergebe. Rückschauend gebe die gemeldete Fallzahl (statt der Krankenhaushäufigkeit) in der Hill-Burton-Formel den Bettenbedarf sogar genauer wieder (Fallzahl = Einwohnerzahl x Krankenhaushäufigkeit).

- 9 Ab der Planfortschreibung für 2012/13 habe er zudem aus der Soll-Verweildauer von 40 Tagen und der für jede Klinik errechneten einrichtungsspezifischen Verweildauer einen Bettenbedarfskorridor bestimmt, anhand dessen und der konkreten Umstände in der einzelnen Klinik geprüft werde, ob der Bettenbedarf der Klinik anzupassen sei. Die tatsächliche Verweildauer im Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sei ohnehin gesunken, zuletzt 2011 auf 38,3 Tage. Außerdem sei ab 2012 der Bettennutzungsgrad von 90 % auf 95 % angehoben worden, weil 2011 der tatsächliche Bettennutzungsgrad in diesem Fachgebiet 94,1 % betragen habe. Die von der Klägerin genannten 70 % seien falsch. Infolge der längeren durchschnittlichen Verweildauer sei auch die tatsächliche Bettenauslastung in den psychischen Fachgebieten höher als in den somatischen Fachgebieten. Im Übrigen ergebe sich in Sachsen selbst dann nur ein Bedarf von 199 Betten, wie er in der Planfortschreibung für 2012/13 ausgewiesen sei, wenn mit einem Bettennutzungsgrad von 90 % gerechnet werde.
- 10 Die prognostische Bedarfsanalyse könne nicht rückschauend überprüft werden, auch wenn sie sich hier nachträglich als zutreffend erwiesen habe. Gegen die Anwendung der Hill-Burton-Formel in der vorliegenden Form sei somit nichts einzuwenden. Insbesondere gehe es hier nicht um die erstmalige Ausweisung psychosomatischer Planbetten, sondern um die Fortschreibung vorangegangener Pläne, in denen solche Betten schon seit 1994 ausgewiesen gewesen seien. Auch diene die Bettenbedarfsziffer (0,4 Betten je 10.000 Einwohner) als Ergebnis der Bedarfsanalyse nur statistischen Vergleichszwecken und dürfe daher nicht mit der Krankenhaushäufigkeit und der Fallzahl verwechselt werden. Stationäre Rehabilitationsbetten seien in die Bedarfsanalyse hingegen nicht einbezogen worden.
- 11 Künftig sei kein steigender akut-stationärer psychosomatischer Bettenbedarf zu erwarten. Laut Statistischem Landesamt sei bis 2020 mit einem drastischen Bevölkerungsrückgang in jenen Jahrgängen zu rechnen, die am häufigsten eine akut-stationäre psychosomatische Behandlung benötigen. Zudem sei die akut-stationäre Versorgung in diesem Fachgebiet unter Fachleuten strittig, unterliege z. T. dem Zeitgeist und sei nur schwer von der rehabilitativ-stationären Versorgung und vom Fachgebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ abzugrenzen. Die Bettendichte in den Bundesländern sei daher sehr unterschiedlich. Der Krankenhausplanungsausschuss

meine auch, überwiegend seien die Patienten ebenso in akut-stationären psychiatrischen Planbetten behandelbar. In den Planfortschreibungen bis 2011 sei daher vorgesehen gewesen, zusätzliche akut-stationäre psychosomatische Planbetten vorrangig durch Umwidmung zu gewinnen.

12

Er habe auch fehlerfrei die zur Deckung des so festgestellten Bedarfs am besten geeigneten Kliniken ausgewählt. Die Zweifel der Klägerin am psychosomatischen Bettenangebot des Klinikums C..... seien mit der zuletzt vorgelegten Stellungnahme der Klinik vom 25. April 2013 ausgeräumt. Das Klinikum C..... und die Kliniken E..... seien ausgewählt worden, weil für eine psychosomatische Fachabteilung in einem Krankenhaus auch somatische Fachabteilungen erforderlich seien, um eine Mitbehandlung körperlicher Einschränkungen zu ermöglichen. Zudem sei eine gewisse Zentralisierung wirtschaftlich erforderlich, so dass die ausgewählten Kliniken den gesamten Direktionsbezirk versorgen sollen. Gegen die Einrichtung neuer Akutabteilungen spreche seit Juli 2012 auch, dass neue Modellvorhaben zur sektorübergreifenden Leistungserbringung eine Entlastung des stationären Bereichs erwarten lassen.

13 Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Verwaltungsgerichts Chemnitz vom 10. September 2009 - 4 K 80/06 - zu ändern und die Klage abzuweisen.

14 Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

15

Sie trägt vor, es fehle eine ordnungsgemäße Bedarfsanalyse, wie es sie in Baden-Württemberg für die Psychosomatische Medizin gebe. Die Hill-Burton-Formel, wie sie der Beklagte anwende, sei ungeeignet. Sie erfasse nur die Bettenbelegung der Plankrankenhäuser in der Vergangenheit, nicht aber den Bettenbedarf der Bevölkerung. Neubewerber seien so chancenlos. Die statistisch ermittelte Fallzahl im Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ entspreche nicht dem tatsächlichen Bettenbedarf, da viele Patienten inadäquat in der Psychiatrie behandelt würden, auf Wartelisten psychosomatischer Akutabteilungen und niedergelassener

Psychotherapeuten stünden, wegen der in somatischen Kliniken fehlenden Konsiliar- und Liaisondienste nicht als psychosomatisch krank erkannt würden, in psychosomatische Kliniken anderer Länder oder trotz akut-stationärer Indikation in Rehabilitationskliniken eingewiesen würden oder die Einweisung in die Psychiatrie wegen ihrer psychosomatischen Krankheit zu Recht ablehnten. Die Abhandlung von J..... und G.... von 2001 belege auf Grundlage des 1998 für Baden-Württemberg erstellten Janssen-Gutachtens in Sachsen ein Defizit von 189 akut-stationären psychosomatischen Betten. Auch die vorgelegte Expertise von K... und S..... von Juli 2007 sehe im Regierungsbezirk C..... bei zurückhaltender Schätzung ein Defizit von 55 Betten.

16

Ebenso fehlerhaft sei die Planfortschreibung für 2012/13. Sie greife auf über zwei Jahre altes Datenmaterial aus 2009 zurück, weise trotz Anstiegs der Krankenhaushäufigkeit in Sachsen um 132 % nicht mehr psychosomatische Betten aus als die vorherige Fortschreibung und habe ausweislich Punkt 4.1 bei der Bedarfsanalyse nur Planbettenanträge der bisherigen Plankrankenhäuser berücksichtigt. Zudem sei es unzulässig, einen Bettenbedarf in dem nach der Weiterbildungsordnung eigenständigen Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ mittels Betten des Fachgebiets „Psychiatrie und Psychotherapie“ zu decken. Die Soll-Verweildauer sei mit 40 Tagen zu niedrig und der Bettennutzungsgrad mit 95 % zu hoch, da die durchschnittliche Auslastung der Kliniken wegen Wochenenden und Feiertagen bei deutlich unter 70 % liege. Unklar sei auch, weshalb der Krankenhausplan den Landkreis E..... und den Direktionsbezirk C..... getrennt ausweise. Ohnehin sei der Versorgungsbereich fehlerhaft bestimmt. E..... gehöre zu einem anderen Einzugsbereich als C..... und könne dort keine wohnortnahe Versorgung sichern.

17

Auf dieser Grundlage sei der Bescheid vom 3. Januar 2006 rechtswidrig. Trotz deutlich steigender psychosomatischer Erkrankungen sei die Bettenbedarfsziffer von 0,4 Betten pro 10.000 Einwohner, auf die er abstelle, gleich geblieben. Somit sei ein erwünschter Bedarf geplant, aber nicht der tatsächliche Bedarf ermittelt worden. Es werde zu Unrecht auch auf die Zahl stationärer Rehabilitationsbetten in Sachsen abgestellt, obwohl diese ungeeignet seien, den akut-stationären Bettenbedarf zu decken. Das Klinikum C..... halte auch keine akut-stationären psychosomatischen

Betten vor. Dies sei der Ärzteschaft unbekannt. Weder gebe es dort stationäre Einweisungen noch für die Psychosomatische Medizin einen Facharzt oder eine eigenständige Fachabteilung. Die Kliniken E..... seien hingegen zu 100 % ausgelastet mit langen Wartezeiten und schlecht erreichbar an der tschechischen Grenze gelegen, was eine lange Anfahrt erfordere. Entgegen dem Bescheid dürfe nicht darauf abgestellt werden, dass es dem Krankenhausplan widerspreche, Akut- und Rehabilitationsmedizin „unter einem Dach“ zu führen. Dergleichen finde sich nicht im Krankenhausplan, zumal das Gesetz in § 111 Abs. 6 SGB V selbst von einer solchen Möglichkeit ausgehe. Dies gelte auch für die Erwägung, neue Betten seien vorrangig durch Umwidmung zu gewinnen. Es greife schließlich unzulässig in ihre Berufsfreiheit ein, die Ablehnung auf die bestandskräftige Planaufnahme der Konkurrenzkliniken zu stützen.

18

Dem Senat liegen die Akten des Verwaltungsgerichts (4 K 80/06), des Berufungszulassungs- (5 A 573/09) und Berufungsverfahrens sowie die Verwaltungsakten des Beklagten (eine Heftung) vor, auf deren Inhalt - u. a. die Abhandlung von J..... und G.... von 2001: „Psychotherapeutische Medizin in Sachsen - Standortsbestimmung, Versorgungsdichte, Weiterentwicklung“ (Blätter 5 bis 13 der Verwaltungsakte) und die Expertise von K... und S..... von Juli 2007: „Zur stationären psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung im Regierungsbezirk C.....“ (Blätter 427 bis 485 der Gerichtsakte) - wegen der weiteren Einzelheiten verwiesen wird.

Entscheidungsgründe

19

Die zulässige Berufung des Beklagten ist unbegründet.

20

Das Verwaltungsgericht hat der Klage zu Recht im Hilfsantrag stattgegeben und den Beklagten unter Aufhebung seines Bescheides vom 3. Januar 2006 verpflichtet, über den Antrag der Klägerin vom 22. Dezember 2004, die von ihr in der Klinik C..... angebotenen 50 Betten zur akut-stationären psychosomatischen und -therapeutischen Versorgung ab 1. Januar 2005 in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufzunehmen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu

entscheiden. Der Bescheid vom 3. Januar 2006 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten (§ 113 Abs. 5 VwGO). Die Klägerin hat gemäß § 113 Abs. 5 Satz 2 VwGO zumindest Anspruch auf Neubescheidung dieses Antrags.

21 1. Die Klage, für die kein Vorverfahren nötig war (§ 68 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 VwGO), ist im Hilfsantrag zulässig.

22 Der Anspruch auf Neubescheidung des Planaufnahmeantrags vom 22. Dezember 2004 für die Zeit ab 1. Januar 2005 hat sich nicht dadurch erledigt, dass der Krankenhausplan des Freistaates Sachsen inzwischen mehrfach fortgeschrieben wurde. Die Klägerin hat die Aufnahme in den Krankenhausplan ab 1. Januar 2005 zeitlich unbegrenzt beantragt und dies erstinstanzlich auch im abgewiesenen Hauptantrag geltend gemacht. Ihr Antrag auf Neubescheidung im Hilfsantrag ist daher - wie sie auch in der mündlichen Verhandlung am 14. Mai 2013 betont hat - auf Neubescheidung für die Zeit ab 1. Januar 2005 gerichtet. Ein solches Begehren erledigt sich selbst dann nicht, wenn der Krankenhausplan aufgehoben und durch einen neuen Plan ersetzt wird, weil es nicht auf einen bestimmten Krankenhausplan, sondern auf Aufnahme in den jeweils geltenden Plan bezogen ist (BVerwG, Urt. v. 14. April 2011 - 3 C 17/10 -, juris Rn. 11 = NVwZ-RR 2011, 729 ff.).

23 Damit ist die Klage aber nicht nur bezüglich der Aufnahme in die aktuell 10. Planfortschreibung für 2012/13 zulässig. Denn ein Planaufnahmeantrag erledigt sich auch dann nicht, wenn der Krankenhausplan nur fortgeschrieben, d. h. im Grundsatz aufrechterhalten und nur in einzelnen Punkten abgeändert wird. Dann handelt es sich weiter um den ursprünglichen Plan, in den die Aufnahme erfolgen soll, so dass mit dem Inkrafttreten einer neuen Planfortschreibung eine Fortsetzungsfeststellungsklage analog § 113 Abs. 1 Satz 4 VwGO gerichtet auf Feststellung, dass die Nichtaufnahme in die vorherigen Planfortschreibungen rechtswidrig war, unzulässig ist (BVerwG, Urt. v. 16. Januar 1986 - 3 C 37/83 -, juris Rn. 41 bis 44 = NJW 1986, 1561 f.). Diese Rechtsprechung hat das Bundesverwaltungsgericht im Urteil vom 14. April 2011 (a. a. O.) nicht aufgegeben. Dem folgt der Senat.

24 Der Krankenhausplan des Freistaates Sachsen wurde erstmals für 1992 erstellt (Sächs-ABl., SDr. Nr. 2/1992, S. 17 ff.) und in der Folgezeit nur geändert und angepasst, aber

nicht aufgehoben und durch einen neuen Plan ersetzt (vgl. Teil I, Punkt 2. der 1. bis 10. Planfortschreibung: SächsABl. SDr. Nr. 10/1992 S. 617 ff., Nr. 5/1993 S. 481 ff., Nr. 1/1996 S. 1 ff., Nr. 2/1999 S. 29 ff., Nr. 5/2000 S. 149 ff., Nr. 1/2002, S. 1 ff., Nr. 1/2005, S. 1 ff., Nr. 1/2007, S. 1 ff., Nr. 1/2009, S. 1 ff. und Nr. 1/2012, S. 1 ff.). Daher handelt es sich weiter um den (ersten) Krankenhausplan des Freistaates Sachsen, in den die Klägerin ab 1. Januar 2005 aufgenommen werden will. Mithin wäre eine Fortsetzungsfeststellungsklage auf Feststellung, dass die Nichtaufnahme in die vergangenen Planfortschreibungen bis 2011 rechtswidrig war, unzulässig.

25 Aufgrund dessen ist die Neubescheidungsklage hier rückwirkend für die Zeit ab 1. Januar 2005 zulässig. Denn es würde dem Gebot effektiven Rechtsschutzes widersprechen, einem Krankenhaus wegen der Nichtaufnahme in die - aufgrund der Dauer des Verfahrens - inzwischen vergangenen Planfortschreibungen Rechtsschutz sowohl mittels Verpflichtungs- bzw. Neubescheidungsklage als auch mittels Fortsetzungsfeststellungsklage zu verweigern (vgl. BVerwG, Urt. v. 16. Januar 1986 - 3 C 37/83 -, juris Rn. 46 = NJW 1986, 1561 f.). Vielmehr können auch für diese vergangenen Zeiträume noch Ansprüche auf Bewilligung einer öffentlichen Krankenhausförderung oder Ersatzansprüche wegen unterbliebener Bewilligung der öffentlichen Förderung bestehen, die nur bei rückwirkender Aufnahme in den Plan geltend gemacht werden können (so ausdrücklich bereits: BVerwG, Urt. v. 26. März 1981 - 3 C 134/79 -, juris Rn. 30 = BVerwGE 62, 86 ff.; ebenso wie hier: OVG Lüneburg, Urt. v. 3. Februar 2011 - 13 LC 125/08 -, juris Rn. 34 = NZS 2011, 859 f.). Mit Rücksicht darauf hat die Klägerin auch hier in der mündlichen Verhandlung am 14. Mai 2013 eine rückwirkende Neubescheidung für die Zeit ab 1. Januar 2005 verlangt, was mithin zulässig ist.

26 2. Die Klage ist im Hilfsantrag auch begründet.

27 a) Das Klagebegehren beurteilt sich materiell nach § 8 Abs. 1 und 2 i. V. m. den §§ 1 und 6 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG -) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 3. April 2013 (BGBl. I S. 617).

28 Gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG haben Krankenhäuser nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Anspruch auf Förderung, soweit und solange sie in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind. Krankenhauspläne stellen die Länder zur Verwirklichung der Ziele des § 1 KHG auf (§ 6 Abs. 1 Halbsatz 1 Alt. 1 KHG). Sie haben dabei insbesondere die Vorgaben des § 6 Abs. 1 Halbsatz 2, Abs. 2 und 3 KHG sowie diejenigen ihres Landesrechts (§ 6 Abs. 4 KHG) zu beachten. Im Freistaat Sachsen gilt insofern das Gesetz zur Neuordnung des Krankenhauswesens (Sächsisches Krankenhausgesetz - SächsKHG) vom 19. August 1993 (SächsGVBl. S. 675), zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. Januar 2012 (SächsGVBl. S. 130). Die Aufnahme oder Nichtaufnahme in den Krankenhausplan wird sodann durch Bescheid der zuständigen Landesbehörde festgestellt, gegen den der Verwaltungsrechtsweg gegeben ist (§ 8 Abs. 1 Sätze 3 und 4, Abs. 2 KHG i. V. m. § 7 Abs. 1 und 2 SächsKHG). Die Aufnahme in den Krankenhausplan erfolgt deshalb in zwei Stufen:

29

aa) Auf der ersten, der Planaufstellungsstufe, stellt das Sächsische Staatsministerium für Soziales (§ 3 i. V. m. § 36 Abs. 3 SächsKHG) den Krankenhausplan auf (§ 6 KHG i. V. m. § 4 Abs. 1 bis 3 SächsKHG), der im Sächsischen Amtsblatt bekannt gemacht wird (§ 4 Abs. 4 SächsKHG). Der Krankenhausplan muss den Stand und die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser, insbesondere nach Standort, Träger, Bettenzahl und Fachrichtung ausweisen (§ 4 Abs. 1 Satz 1 SächsKHG). Nach ständiger Rechtsprechung muss der Krankenhausplan deshalb

30

– die Ziele festlegen, die das Land mit seiner Bedarfsplanung verfolgt und an denen sich die Auswahl unter mehreren Krankenhäusern zu orientieren hat (Krankenhauszielplanung),

31

– den gegenwärtigen und - prognostisch - den künftigen tatsächlichen (nicht nur einen geplanten) landesweiten Bedarf an Krankenhausbetten in räumlicher, fachlicher und struktureller Gliederung beschreiben (Bedarfsanalyse),

- 32 – die gegenwärtigen und - prognostisch - die künftigen tatsächlichen Versorgungsbedingungen in sämtlichen zur Bedarfsdeckung geeigneten und bereiten Krankenhäusern beschreiben (Krankenhausanalyse) und
- 33 – festlegen, mit welchen dieser Krankenhäuser der beschriebene Bedarf gedeckt werden soll (Versorgungsentscheidung).

34 Der Plan ist allerdings kein allgemein verbindlicher Rechtssatz, sondern eine innerdienstliche Weisung an die Behörde, die den Bescheid über die Planaufnahme erlässt. Er steuert deren Entscheidung nach landesweit einheitlichen Gesichtspunkten. Je detaillierter und aktueller der Plan ist, desto dichter ist seine steuernde Wirkung; bei größeren oder veralteten Plänen ist diese Wirkung geringer, bei fehlender oder fehlerhafter Planung entfällt sie ganz (vgl. BVerwG, Urt. v. 14. April 2011 - 3 C 17/10 -, juris Rn. 13 und 29 = NVwZ-RR 2011, 729 ff.; BVerwG, Urt. v. 25. September 2008 - 3 C 35/07 -, juris Rn. 17 = BVerwGE 132, 64 ff.; BVerwG, Urt. v. 25. Juli 1985 - 3 C 25.84 -, juris Rn. 46 ff., BVerwGE 72, 38 ff.; BVerwG, Urt. v. 14. November 1985 - 3 C 41/84 -, juris Rn. 29 ff. = Buchholz 451.74 § 8 KHG Nr. 8; BVerwG, Urt. v. 26. März 1981 - 3 C 134/79 -, juris Rn. 38 ff. = BVerwGE 62, 86 ff.).

35

bb) Auf der zweiten, der Planvollziehungsstufe wird - ebenfalls vom Sächsischen Staatsministerium für Soziales (§ 7 Abs. 2 Satz 2 i. V. m. § 36 Abs. 3 SächsKHG) - durch Bescheid dem einzelnen Krankenhaus gegenüber festgestellt, ob es in den Krankenhausplan aufgenommen wird oder nicht (§ 8 Abs. 1 Satz 3, Abs. 2 KHG i. V. m. § 7 Abs. 1 und 2 SächsKHG). Die Planaufnahme verleiht dem Krankenhaus den Status eines Plankrankenhauses, der gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG vor allem Voraussetzung für die öffentliche Förderung der Investitionskosten aus Landesmitteln ist (§§ 9 ff. KHG). Dieser Status ist daneben aber u. a. auch wesentlich, um gesetzlich Krankenversicherte im Krankenhaus behandeln zu können (vgl. § 108 Nr. 2 SGB V).

36

Wegen der nur innerdienstlichen Bindung an den Krankenhausplan und weil nur der Planvollziehungsbescheid nach außen verbindlich und konstitutiv über die Planaufnahme befindet, ergibt sich die rechtsverbindliche Krankenhausplanung erst aus der Summe aller Planaufnahmebescheide, die jeweils eigenverantwortlich über

den Planaufnahmeanspruch des einzelnen Krankenhauses entscheiden. Der Krankenhausplan ist dabei nur insoweit bindend und eine Berufung darauf im Bescheid ausreichend, als der Plan reicht und dessen Vorgaben rechtmäßig sind (vgl. BVerwG, Urt. v. 14. April 2011 - 3 C 17/10 -, juris Rn. 14 = NVwZ-RR 2011, 729 ff.; BVerwG, Urt. v. 25. September 2008 - 3 C 35/07 -, juris Rn. 17 = BVerwGE 132, 64 ff.; BVerwG, Urt. v. 25. Juli 1985 - 3 C 25.84 -, juris Rn. 70, BVerwGE 72, 38 ff.).

37 Da der Bescheid den Krankenhausplan nach außen rechtsverbindlich umsetzt und der Plan gemäß § 6 Abs. 1 Halbsatz 1 KHG der Verwirklichung der Ziele des § 1 KHG dient, d. h. diejenigen Krankenhäuser durch Planaufnahme fördern soll, die eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen (§ 1 Abs. 1 KHG, vgl. auch § 1 Abs. 1 Satz 1, § 4 Abs. 1 Satz 1 SächsKHG), hat sich auch die Entscheidung über die Aufnahme in den Krankenhausplan im Bescheid danach zu richten, ob das jeweilige Krankenhaus bedarfsgerecht und leistungsfähig ist sowie zu sozial tragbaren Pflegesätzen beiträgt, d. h. kostengünstig ist.

38 Da grundsätzlich kein Rechtsanspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan besteht (§ 8 Abs. 2 Satz 1 KHG, § 7 Abs. 2 Satz 1 SächsKHG), ist auch diese Prüfung gestuft: Auf der ersten Stufe ist festzustellen, ob ein gebundener Anspruch auf Planaufnahme besteht, weil das Krankenhaus bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig ist und kein anderes ebenfalls geeignetes Krankenhaus den Bedarf decken kann. Bei einem Überangebot geeigneter Krankenhäuser ist auf der zweiten Stufe gemäß § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG und § 7 Abs. 2 Satz 2 SächsKHG eine fehlerfreie Auswahlentscheidung dahin zu treffen, welches von ihnen unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht wird. Der Behörde wird dadurch ein gerichtlich nur beschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum eingeräumt. Sie darf nicht nach ihrem Ermessen entscheiden, ob sie das beste oder aufgrund irgendwelcher vertretbarer Erwägungen das zweitbeste Krankenhaus in den Plan aufnimmt. Sie muss anhand sachgerechter Erwägungen das beste Krankenhaus auswählen (st. Rspr., vgl. BVerwG, Urt. v. 25. Juli 1985 - 3 C 25/84 -, juris Rn. 60 bis 67 = DVBl. 1986, 55 ff.; BVerwG, Urt. v. 14. November 1985 - 3 C 41/84 -, juris Rn. 43 bis 52 = Buchholz

451.74 § 8 KHG Nr. 8; BVerwG, Urt. v. 16. Januar 1986 - 3 C 37/83 -, juris Rn. 55 bis 63 = NJW 1986, 1561 f.; BVerwG, Urt. v. 25. September 2008 - 3 C 35/07 -, juris Rn. 18 = BVerwGE 132, 64 ff.; BVerwG, Urt. v. 14. April 2011 - 3 C 17/10 -, juris Rn. 15 = NVwZ-RR 2011, 729 ff.; auch bestätigt durch BVerfG, Beschl. v. 12. Juni 1990 - 1 BvR 355/97 -, juris Rn. 58 bis 85 = BVerfGE 82, 209 ff.).

39 cc) Vorliegend ist insofern maßgebend, ob die Klägerin schon bei Erlass des Bescheides vom 3. Januar 2006 Anspruch auf eine beurteilungsfehlerfreie Bescheidung ihres Antrags hatte, ab 1. Januar 2005 in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen in seiner damaligen Fassung (2005/06) aufgenommen zu werden, und ob dieser Anspruch durch inzwischen eingetretene Änderungen der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse bis zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung wieder erloschen ist. Bestand bei Bescheiderlass kein solcher Anspruch, wurde er jedoch infolge zwischenzeitlicher tatsächlicher oder rechtlicher Änderungen inzwischen erlangt, führt dies zur Pflicht zur Neubescheidung ab diesem Zeitpunkt.

40 Nach gesicherter Rechtsprechung, der auch der Senat folgt, ist zwar für die gerichtliche Überprüfung eines solchen Bescheides grundsätzlich die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung maßgebend (u. a. BVerwG, Urt. v. 16. Januar 1986 - 3 C 37/83 -, juris Rn. 48 = NJW 1986, 1561 f.). Geht es jedoch wie hier zulässigerweise auch um eine rückwirkende Planaufnahme, muss zusätzlich rückschauend geprüft werden, ob nicht bereits nach der damaligen Sach- und Rechtslage Anspruch auf Planaufnahme oder auf beurteilungsfehlerfreie Entscheidung hierüber bestand, insbesondere im Zeitpunkt der jeweiligen Planfortschreibung.

41 Dies folgt daraus, dass grundsätzlich nur dann ein Planaufnahmeanspruch bestehen kann, wenn dessen Voraussetzungen bereits bei Abschluss der Planaufstellung vorlagen. Denn der Krankenhausplan analysiert und prognostiziert im Zeitpunkt seiner Aufstellung den künftigen Versorgungsbedarf und stellt ihm das ebenso analysierte und prognostizierte Angebot an allen zur Bedarfsdeckung geeigneten Krankenhäusern gegenüber, was Grundlage der Versorgungsentscheidung im Krankenhausplan und des Planvollziehungsbescheids ist. Im Gerichtsverfahren ist hingegen deshalb auf den Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung abzustellen, weil auch nachträgliche,

für den Krankenhausträger günstige wesentliche tatsächliche oder rechtliche Änderungen in den der Planaufstellung zugrunde liegenden Verhältnissen zu berücksichtigen sind und deshalb ab einem späteren Zeitpunkt bis zur letzten mündlichen Verhandlung einen Planaufnahme- oder Neubescheidungsanspruch begründen können (so bereits BVerwG, Urt. v. 26. März 1981 - 3 C 134/79 -, juris Rn. 31 = BVerwGE 62, 86 ff.; wohl ebenso BVerwG, Urt. v. 16. Januar 1986 - 3 C 37/83 -, juris Rn. 48 bis 50 = NJW 1986, 1561 f., wo aber wohl wegen des begrenzten Klageantrags die Prüfung auf die Zeit ab Eintritt der letzten wesentlichen Rechtsänderung beschränkt wurde).

42 b) Dies zugrunde gelegt hat die Klägerin Anspruch auf Neubescheidung ihres Antrags, ab 1. Januar 2005 in den sächsischen Krankenhausplan aufgenommen zu werden.

43 aa) Ihre Klinik mit den dort angebotenen 50 Betten zur akut-stationären psychosomatischen und -therapeutischen Versorgung erfüllt die Voraussetzungen für eine Planaufnahme auf der ersten Entscheidungsstufe, weil die Klinik mit den angebotenen 50 Betten bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig ist.

44 Bedarfsgerecht ist ein Krankenhaus, wenn es objektiv zur Bedarfsdeckung geeignet ist. Dies ist nicht nur der Fall, wenn die angebotenen Betten nötig sind, um einen Bettenfehlbedarf zu decken, sondern auch, wenn ein Krankenhaus anstelle anderer Krankenhäuser zur Bedarfsdeckung geeignet wäre und daher unter ihnen eine Auswahlentscheidung zu treffen ist (BVerwG, Urt. v. 18. Dezember 1986 - 3 C 67/85 -, juris Rn. 65 = NJW 1987, 2318 ff.; SächsOVG, Beschl. v. 16. Mai 2011 - 2 B 273/09 -, juris Rn. 13; jeweils m. w. N.). Leistungsfähig ist ein Krankenhaus, wenn sein Leistungsangebot die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft an ein Krankenhaus der betreffenden Art (Allgemein-, Fach- oder Sonderkrankenhaus) zu stellen sind (BVerwG, Urt. v. 16. Januar 1986 - 3 C 37/83 -, juris Rn. 66 ff. = NJW 1986, 1561 f.; BVerwG, Urt. v. 18. Dezember 1986 - 3 C 67/85 -, juris Rn. 69 ff. = NJW 1987, 2318 ff.; BVerfG, Beschl. v. 12. Juni 1990 - 1 BvR 355/97 -, juris Rn. 72/73 und 86 bis 93 = BVerfGE 82, 209 ff.; jeweils m. w. N.). Ob ein Krankenhaus kostengünstig bzw. wirtschaftlich ist, ergibt sich maßgeblich aus einem Vergleich mit konkurrierenden, ebenfalls bedarfsgerechten und leistungsfähigen Krankenhäusern. Welches von ihnen am kostengünstigsten ist, d. h.

am besten zu sozial tragbaren Pflegesätzen beiträgt, wird vor allem auf der zweiten Entscheidungsstufe bei der zu treffende Auswahlentscheidung relevant (BVerfG, Beschl. v. 12. Juni 1990 - 1 BvR 355/97 -, juris Rn. 74 = BVerfGE 82, 209 ff.).

45 Die Klägerin hat demgemäß bereits in ihrem Antrag vom 22. Dezember 2004 unter Verweis auf ihr beigefügtes Klinikkonzept detailliert ausgeführt, dass ihre Klinik mit niedrigeren Pflegesätzen als die konkurrierenden Häuser eine leistungsfähige akut-stationäre psychosomatische und -therapeutische Versorgung gewährleisten kann und daher objektiv geeignet (bedarfsgerecht) ist, zusätzlich zu bzw. anstelle der konkurrierenden Kliniken den vorhandenen Bedarf an Betten zur akut-stationären psychosomatischen und -therapeutischen Versorgung zu decken.

46 Dem ist der Beklagte nicht substantiiert entgegen getreten. Lediglich im Rahmen der Auswahlentscheidung hat er zuletzt vorgetragen, für eine psychosomatische Fachabteilung in einem Krankenhaus seien auch somatische Fachabteilungen erforderlich, da eine Mitbehandlung körperlicher Einschränkungen möglich sein müsse. Dass dies die Bedarfsgerechtigkeit oder Leistungsfähigkeit der Klinik der Klägerin entfallen lässt, hat der Beklagte jedoch nicht behauptet. Dies ließe sich angesichts der heutigen Möglichkeiten zur Kommunikation und Kooperation der Kliniken untereinander auch nicht vertreten. Zudem hat die Klägerin bereits in ihrem 2004 vorgelegten Klinikkonzept dargelegt, über fachärztliche Kapazitäten im somatischen Bereich (Innere Medizin und HNO) zu verfügen. In der mündlichen Verhandlung hat sie hierauf nochmals verwiesen und ebenso auf eine Kooperation mit dem nur wenige hundert Meter entfernten ...-Krankenhaus C....., das ausweislich des Krankenhausplans über umfangreiche somatische Kapazitäten verfügt. Der Senat sieht daher keinen Grund daran zu zweifeln, dass die Klinik der Klägerin mit den streitigen 50 Betten seit 1. Januar 2005 bis aktuell bedarfsgerecht, leistungsfähig und kostengünstig ist.

47 bb) Liegen danach die Voraussetzungen für eine Planaufnahme auf der ersten Entscheidungsstufe vor, ist der Beklagte zu Recht zur Neubescheidung verpflichtet worden (§ 113 Abs. 5 Satz 2 VwGO). Denn er hat seiner Entscheidung keine hinreichende Analyse des tatsächlichen Bedarfs an akut-stationären psychosomatischen Betten zugrunde gelegt, was gerichtlich nur eingeschränkt

überprüft werden kann, da die Bedarfsanalyse eine Prognose des künftigen Bettenbedarfs enthält, die vom Gericht nur darauf kontrolliert werden kann, ob von zutreffenden Werten, Daten und Zahlen ausgegangen und eine wissenschaftlich anerkannte Berechnungsmethode angewandt wurde (vgl. BVerwG, Urt. v. 26. März 1981 - 3 C 134/79 -, juris Rn. 87/88 = BVerwGE 62, 86 ff.; BVerwG, Urt. v. 25. Juli 1985 - 3 C 25/84 -, juris Rn. 55/56 = DVBl 1986, 55 ff.).

48 Letzteres ist hier nicht der Fall. Weder der Krankenhausplan des Freistaates Sachsen in der Fassung der Planfortschreibungen seit 2005 noch der angefochtene Bescheid, der nur auf die Vorgaben der Planfortschreibung für 2005/06 verweist, enthält eine Beschreibung des gegenwärtigen und - prognostisch - des künftigen tatsächlichen Bedarfs an Krankenhausbetten für das Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“. Im Laufe des Gerichtsverfahrens hat der Beklagte die Bedarfsberechnung zwar anhand konkreter Zahlen erläutert und so die im Krankenhausplan fehlende Bedarfsanalyse für die im Bescheid zu treffende Entscheidung über den Planaufnahmeantrag der Klägerin ersetzt. Jedoch ergibt sich daraus, dass er nicht den tatsächlichen Bettenbedarf errechnet, sondern einen Bettenbedarf geplant hat.

49 (1) Die Planfortschreibungen ab 2005/06 teilen die Bedarfsanalyse als solche nicht mit. Sie beschreiben unter Punkt 4. nur die Methode der Bedarfsermittlung, ohne die zugrunde liegenden Werte, Daten und Zahlen anzugeben. In der Planfortschreibung für 2012/13 werden zwar unter Punkt 1. und 3. verschiedene Ausgangsdaten mit ihrer bisherigen statistischen und der zu prognostizierenden künftigen Entwicklung dargestellt. Anhand der beschriebenen Methode der Bedarfsermittlung lässt sich daraus aber mangels mitgeteilter Fallzahl bzw. Krankenhaushäufigkeit nicht der Bettenbedarf im Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ bestimmen. Zudem werden nicht, wie es nötig wäre (BVerwG, Urt. v. 14. April 2011 - 3 C 17/10 -, juris Rn. 29 = NVwZ-RR 2011, 729 ff.) die Versorgungsbedingungen in - sämtlichen - zur Bedarfsdeckung geeigneten und bereiten Krankenhäuser beschrieben (Krankenhausanalyse), jedenfalls nicht für das Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, weil die Klinik der Klägerin mit den von ihr angebotenen 50 Betten nicht berücksichtigt wird. Die nach Regierungs- bzw. Direktionsbezirken gegliederte Ausweisung der Zahl der Planbetten je Krankenhaus

und Fachgebiet im jeweiligen Teil II der Planfortschreibungen seit 2005 stellt angesichts dessen keine Beschreibung des tatsächlichen Bedarfs dar, sondern nur die auf Grundlage der Bedarfsanalyse zu treffende Versorgungsentscheidung, d. h. die Entscheidung, mit welchen der zur Bedarfsdeckung geeigneten und bereiten Krankenhäuser (einschließlich dem der Klägerin) der ermittelte Bedarf gedeckt werden soll.

50 (2) Soweit allerdings der Beklagte sodann im Gerichtsverfahren erläutert hat, den regionalen Einzugsbereich der sächsischen Krankenhäuser, die den akut-stationären psychosomatischen Bettenbedarf decken, mit dem jeweiligen Regierungs- bzw. Direktionsbezirk, in dem sie sich befinden, gleichgesetzt zu haben, ist dies jedenfalls für den Regierungs- bzw. Direktionsbezirk C..... nicht zu beanstanden. Es trifft zwar zu, dass insoweit der im Einzugsgebiet des jeweiligen Krankenhauses bestehende tatsächliche Bettenbedarf zugrunde zu legen ist (u. a. BVerwG, Urt. v. 14. April 2011 - 3 C 17/10 -, juris Rn. 12 = NVwZ-RR 2011, 729 ff.), d. h. der tatsächliche Bettenbedarf, der in dem vom Krankenhaus zu versorgenden räumlichen Bereich besteht (BVerwG, Urt. v. 26. März 1981 - 3 C 134/79 -, juris Rn. 78 = BVerwGE 62, 86 ff.). Welchen regionalen Einzugsbereich ein Krankenhaus zu versorgen hat, wird jedoch maßgeblich durch Umfang und räumliche Verteilung der vorhandenen akut-stationären Versorgungsangebote für Patienten des jeweiligen Fachgebiets und durch die Besonderheiten dieses Fachgebiets beeinflusst.

51 Hier hat der Beklagte in der mündlichen Verhandlung anhand der Statistik der Herkunftsorte der Patienten erläutert, dass der tatsächliche Einzugsbereich derjenigen Kliniken, die bereits eine akut-stationäre psychosomatische Versorgung durchführen und unmittelbar mit der Klinik der Klägerin konkurrieren (die Kliniken in C..... und E.....), im Wesentlichen der Regierungs- bzw. Direktionsbezirk C..... ist, weil von dort der ganz überwiegende Teil ihrer Patienten stammt. Es gibt deshalb keinen Grund anzunehmen, dass dies bei der Klinik der Klägerin, die nur wenige Kilometer vom Klinikum C..... entfernt liegt, grundsätzlich anders wäre, wenn sie die akut-stationäre psychosomatische Versorgung aufnimmt. Denn andere Kliniken, die eine solche Versorgung bieten, gibt es im Direktionsbezirk C..... bisher nicht. Soweit sich bei einzelnen Kliniken teilweise ein - bezogen auf den Regierungs- bzw. Direktionsbezirk C..... - überregionaler Einzugsbereich ergibt, der für die Klinik der Klägerin aber

weder vorgetragen noch ersichtlich ist, könnte dies bei der Bedarfsberechnung entsprechend berücksichtigt werden (vgl. dazu BVerwG, Urt. v. 14. April 2011 - 3 C 17/10 -, juris Rn. 27 = NVwZ-RR 2011, 729 ff.).

52 Umgekehrt entspricht es gemäß § 4 Abs. 1 Satz 3 SächsKHG den Erfordernissen der Raumordnung und Landesplanung, den regionalen Einzugsbereich der Kliniken, die eine akut-stationäre psychosomatische Versorgung anbieten, mit den Regierungs- bzw. Direktionsbezirken des Landes gleichzusetzen, da gegenteilige regionale Versorgungsbelange und -interessen, die kleinere regionale Einzugsgebiete erfordern würden, nicht erkennbar sind, jedenfalls nicht für den Regierungs- bzw. Direktionsbezirk C..... Dafür spricht auch, dass die Beteiligten in der mündlichen Verhandlung nachvollziehbar erläutert haben, dass die Aufnahme auch akut-stationärer psychosomatischer Fälle in der Regel geplant mit einigen Tagen Vorlauf erfolgt. Eine enge wohnortnahe Versorgung, die eine schnelle Krankenhausaufnahme ohne Zeitverzug sicherstellt, ist daher in diesem Fachgebiet nicht vordringlich.

53 Entgegen der Ansicht der Klägerin decken sich die regionalen Einzugsbereiche ihrer Klinik und der Kliniken E..... deshalb. Beide erstrecken sich auf den gesamten Direktionsbezirk C....., ohne dass es darauf ankäme, dass E..... im Landkreis E..... liegt. Die Untergliederung des Versorgungsbereichs nach kreisfreien Städten und Landkreisen in Teil II der jeweiligen Planfortschreibung betrifft nicht den Einzugsbereich der Kliniken mit akut-stationärem psychosomatischem Bettenangebot.

54 (3) Der Beklagte hat jedoch den tatsächlichen Bedarf an akut-stationären psychosomatischen Betten für das danach maßgebende Einzugsgebiet nicht fehlerfrei ermittelt.

55

Gemäß Punkt 4.4 der Planfortschreibungen seit 2005 wurde für das Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ jeweils eine Soll-Verweildauer von 40 Tagen und damit eine planerische und keine tatsächliche Größe zugrunde gelegt, obwohl die konkreten Verweildauern landesweit und für den Versorgungsbereich C..... bekannt waren. Dass 40 Tage - annähernd - dem Bundes- und Landesdurchschnitt entsprechen, ändert nichts. Denn es kommt auf die tatsächliche durchschnittliche Verweildauer der Patienten des psychosomatischen Fachgebiets im

Krankenhaus an, wie sie im Einzugsbereich des Krankenhauses im Planfortschreibungszeitraum prognostisch zu erwarten ist. Auch geringe Abweichungen davon ergeben einen anderen Bettenbedarf. Der in der Planfortschreibung für 2012/13 erstmals verwendete Bedarfskorridor führt ebenso nur dazu, dass der Bettenbedarf des einzelnen Krankenhauses ausgehend von der Soll-Verweildauer von 40 Tagen planerisch vorgegeben wird, indem anhand der abweichenden einrichtungsspezifischen Verweildauer und der Gründe, die dazu geführt haben, geprüft wird, ob in der konkreten Einrichtung die Planbettenzahl zu ändern ist. Denn damit wird nur der Plan für die jeweilige Klinik anhand der Soll-Vorgabe und der konkreten Umstände in der Klinik angepasst und nicht der dort tatsächlich ermittelte Bedarf in die Analyse übernommen. Über die Soll-Verweildauer von 40 Tagen wird so nicht der tatsächliche Bedarf ermittelt, sondern ein solcher einrichtungsbezogen geplant. Dies ist jedoch unzulässig (VGH BW, Urt. v. 16. April 2002 - 9 S 1586/01 -, juris Rn. 51/52 = NVwZ-RR 2002, 847 ff.).

56

Die Anhebung des Bettennutzungsgrades in der Planfortschreibung für 2012/13 von 90 % auf 95 % ist ebenfalls nicht haltbar. Sie kann nicht damit begründet werden, dass die tatsächliche Bettenauslastung statistisch gestiegen sei. Denn der Bettennutzungsgrad gibt, wie Punkt 4.6 der Planfortschreibung für 2012/13 richtig ausführt, den prozentualen Anteil an, zu dem die Bettenkapazität eines Krankenhauses im Jahresdurchschnitt genutzt werden soll, um den Erfordernissen einer medizinisch leistungsfähigen und zugleich wirtschaftlichen stationären Akutversorgung zu entsprechen, so dass er für jedes Fachgebiet normativ (nicht nach der tatsächlichen Auslastung) festzulegen ist. Würde auf den tatsächlichen Bettennutzungsgrad abgestellt, ergäbe sich bei Bettenauslastungen über 100 % nach der Hill-Burton-Formel sogar ein geringerer Bettenbedarf als bisher, obwohl dann andere als die vorgehaltenen Planbetten zeitweise zur Bedarfsdeckung genutzt worden sein müssen und deshalb die vorhandenen Planbetten in der Summe im Jahr zur Bedarfsdeckung nicht ausgereicht haben können.

57

Bettenauslastungen von über 100 % sind in den mit der Klinik der Klägerin konkurrierenden Krankenhäusern auch tatsächlich aufgetreten. Solche übermäßigen Bettenauslastungen führten nach dem Vortrag des Beklagten in der mündlichen Verhandlung in den Kliniken E..... ab 2009 zur Erhöhung der Bettenzahl von 63 auf

75. Auch die ... als Mitglied des Krankenhausplanungsausschusses hat bereits am 1. April 2005 im Verwaltungsverfahren mitgeteilt, dass in E..... - trotz Wartezeiten - zumindest dringende Fälle kurzfristig aufgenommen werden konnten, aber wegen der hohen Auslastung ab 2005 die Bettenzahl um 3 auf 63 erhöht wurde. Zugleich hatte die ... ein Schreiben des Klinikums C..... vorgelegt, wonach die dortigen Planbetten 2003 zu 104,05 % und 2004 zu 97,75 % ausgelastet waren. Zudem ist es widersprüchlich, wenn der Beklagte einerseits den Bettennutzungsgrad für das Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ erhöht und argumentiert, wegen der regelmäßig längeren Verweildauer psychisch kranker Patienten sei in diesen Fachgebieten der Bettennutzungsgrad höher, er sich aber andererseits darauf beruft, die tatsächliche Verweildauer der Patienten dieses Fachgebiets sei inzwischen gesunken. Dies müsste dann ebenso für den Bettennutzungsgrad gelten, den die Klägerin in der mündlichen Verhandlung mit 90 % als wirtschaftlich gerade noch vertretbar angesehen hat.

58 Dem lässt sich nicht entgegen halten, selbst ein Bettennutzungsgrad von 90 % führe angesichts der übrigen Daten in der Planfortschreibung für 2012/13 nur zum dort ausgewiesene Bedarf von 199 Betten. Denn die Erhöhung der Bettenzahl auf 199 ab 2009 beruhte, wie dargelegt, auf einer durch übermäßige Auslastung vorhandener Planbetten nachgewiesenen tatsächlichen Bedarferhöhung und nicht darauf, dass der Beklagte trotz fehlenden Bedarfs überobligatorische Planbetten ausgewiesen hätte. Bereits in der Planfortschreibung für 2005/06 wurden im Übrigen die mit der Hill-Burton-Formel für den Regierungsbezirk C..... errechneten 71 Betten wegen eines in den Kliniken E..... einrichtungsbezogen höheren Bedarfs um 12 auf 83 Betten erhöht. Dies kann nicht widerspruchsfrei mit einer überregionalen Bedeutung der Kliniken E..... erklärt werden. Zwar wurde damals für die beiden anderen sächsischen Regierungsbezirke D..... und L..... ein entsprechend geringerer Bettenbedarf und landesweit der mit der Hill-Burton-Formel errechnete Bedarf ausgewiesen. Jedoch hat der Beklagte in der mündlichen Verhandlung anhand der Statistik der Herkunftsorte der Patienten erläutert, dass auch in E..... überwiegend Patienten aus dem Direktionsbezirk C..... behandelt werden.

59

Auch ist die Bedarfsberechnung des Beklagten hinsichtlich der Fallzahl korrekturbedürftig, d. h. hinsichtlich der Zahl an Krankenhauspatienten des

Fachgebiets „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“, welche die Plankrankenhäuser jahresweise aufgeschlüsselt nach der Herkunft (dem Wohnort) der Patienten melden und die sodann bezogen auf die Einwohnerzahl die Krankenhaushäufigkeit in der Hill-Burton-Formel ergibt. Denn auf diese Weise wird nur die frühere tatsächliche Inanspruchnahme der bereits in den sächsischen Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser zur Grundlage der Bedarfsanalyse gemacht, weil diese - wie der Beklagte in der mündlichen Verhandlung bestätigt hat - in Sachsen bisher allein den akut-stationären psychosomatischen Bettenbedarf gedeckt haben.

60 Dies ist zwar nicht zu beanstanden, solange in diesen Krankenhäusern auch tatsächlich alle Fälle erfasst werden, bei denen ein Bedarf besteht, in sächsischen Krankenhäusern akut-stationär psychosomatisch versorgt zu werden. Jedoch birgt diese Methode zum einen die Gefahr einer Überschätzung des künftigen Bedarfs, falls die Nachfrage in der Vergangenheit infolge eines Überangebots an Planbetten gesteigert war, wofür hier aber angesichts der festgestellten übermäßigen Bettenauslastung nichts ersichtlich ist. Zum anderen besteht das Risiko einer Unterschätzung des tatsächlichen Bedarfs. Denn sofern wegen einer begrenzten Bettenkapazität psychosomatische Patienten nicht als solche akut-stationär aufgenommen und registriert werden, können sie auch nicht gemeldet und somit nicht für die Bedarfsberechnung statistisch erfasst werden (vgl. die Expertise von K... und S..... von Juli 2007, Seite 8 oben).

61 Dies hat er Beklagte bisher nicht genügend berücksichtigt, obwohl dazu begründeter Anlass bestand. Denn seine Berechnungen anhand der tatsächlichen Fallzahl in der Vergangenheit haben zum einen, wie dargelegt, einen geringeren Bedarf ergeben als es die übermäßige Bettenauslastung der Kliniken (etwa in E.....) nahe legte. Zum anderen ist nach den epidemiologisch begründeten Bettenbedarfsschätzungen, wie sie hier in Form der Abhandlung von J..... und G.... und der Expertise von K... und S..... vorliegen, in der Bevölkerung mit wesentlich mehr Erkrankungen zu rechnen, die eine akut-stationäre psychosomatische Behandlung erfordern, als der Beklagte errechnet hat. Zudem erfolgte die erste Aufnahme psychosomatischer Planbetten in den Krankenhausplan ab 1994 nicht auf Grundlage einer epidemiologisch begründeten Bettenbedarfsschätzung (vgl. die Abhandlung von J..... und G...., Seite 27 oben), sondern es wurde nur ein anzustrebender landesweiter Bedarf von 0,5 Betten je 10.000

Einwohner (225 Betten) als Planungsziel aufgenommen, ohne die Zahl vorhandener Planbetten anzugeben. Danach wurde dieses Planungsziel beibehalten und ab der Fortschreibung für 2002 bis 2004 auf landesweit 0,4 Betten je 10.000 Einwohner (180 Betten) gesenkt. Ausweislich der einzelnen Planfortschreibungen gab es vor der Planfortschreibung für 2005/06 landesweit aber nur 157 (1996), 134 (1999, 2000) bzw. 149 (2002) psychosomatische Planbetten, mithin deutlich weniger als der geplante Bettenbedarf, der seinerseits epidemiologisch als viel zu niedrig eingeschätzt wurde.

- 62 Neben den Korrekturen bei Verweildauer und Bettennutzungsgrad wird der Beklagte seine Bedarfsanalyse deshalb auch darauf zu überprüfen haben, ob und in welchem Umfang die in der Vergangenheit gemeldeten Fallzahlen im Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ niedriger waren als der tatsächliche akut-stationäre psychosomatische Bettenbedarf in der Bevölkerung. Nur dann ist die Anwendung der Hill-Burton-Formel in der vorliegenden Form - im Sinne einer Bedarfsfortschreibung - geeignet, den tatsächlichen Bettenbedarf gegenwärtig und vor allem prognostisch auch künftig zu beschreiben (vgl. BVerwG, Beschl. v. 31. Mai 2000 - 3 B 53/99 -, juris Rn. 5 bis 7, insbesondere Rn. 7 = Buchholz 451.74 § 6 KHG Nr. 5).
- 63 Entscheidend ist dabei, dass zusätzlich zur gemeldeten Fallzahl korrigierend nur die Fälle relevant sind, die gerade wegen fehlender akut-stationärer psychosomatischer Betten - wegen Bettenmangels - nicht erfasst wurden, etwa weil eine Krankhausaufnahme oder schon eine Einweisung ins Krankenhaus wegen fehlender Betten unterblieben ist. Darauf können insbesondere Wartezeiten in den Kliniken hindeuten, wie sie die ... 2005 für die Kliniken E..... mitgeteilt hat. Andererseits kann davon ausgegangen werden, dass Patienten, bei denen ein akut-stationärer psychosomatischer Versorgungsbedarf tatsächlich festgestellt wird, auch in die vorhandenen Kliniken eingewiesen werden, wenn nötig bei über 100 %iger Auslastung der vorhandenen Betten, was, wie dargelegt, auch geschehen ist. Die nötige Korrektur der gemeldeten Fallzahl wird sich daher auf Fälle beschränken, bei denen dieser Toleranzbereich bei den Bettenkapazitäten überschritten ist. Notfalls ist die Zahl dieser Fälle zu schätzen.

- 64 Unberücksichtigt müssen dagegen Fälle bleiben, die trotz Indikation zur akut-stationären psychosomatischen Behandlung aus anderen Gründen als wegen fehlender Betten nicht erfasst wurden, etwa weil wegen vermeintlich günstigerer Bedingungen eine Behandlung außerhalb Sachsens gewählt wurde (vgl. dazu: BVerwG, Beschl. v. 31. Mai 2000 - 3 B 53/99 -, juris Rn. 10 bis 12 = Buchholz 451.74 § 6 KHG Nr. 5, m. w. N.). Mangels zusätzlichen Bettenbedarfs sind aber auch die Fälle nicht bedarfserhöhend zu berücksichtigen, bei denen die Indikation zur akut-stationären psychosomatischen Behandlung nicht gestellt wurde und deshalb nicht wegen Bettenmangels, sondern aus anderen Gründen eine somatische, psychiatrische oder gar keine akut-stationäre (sondern z. B. eine ambulante oder eine rehabilitative) Behandlung erfolgt ist. Dass solche Fälle tatsächlich auftreten, legt die Abhandlung von J..... und G.... von 2001 (dort unter 3. und 3.1, Seiten 20 bis 25) nahe, welche die ambulante psychosomatische und -therapeutische Versorgung in Sachsen als im Bundesvergleich erheblich defizitär beschreibt, was direkten Einfluss auf den Bedarf an stationären Kapazitäten habe. Insoweit wird aber auch eine inzwischen mögliche Verbesserung der ambulanten psychosomatischen Versorgung in Rechnung zu stellen sein.
- 65 Gerade vor diesem Hintergrund ist es andererseits nicht zu beanstanden, wenn der Beklagte den künftigen Bettenbedarf vor allem anhand der tatsächlichen Fallzahlen in der Vergangenheit prognostiziert hat und nicht anhand einer epidemiologisch begründeten Bettenbedarfsschätzung. Denn es macht keinen Sinn, Bettenkapazitäten für epidemiologisch zu erwartende Krankheitsfälle in der Bevölkerung vorzuhalten, wenn und soweit die Struktur der medizinischen Versorgung im Übrigen nicht willens oder in der Lage ist, diese Fälle einer akut-stationären Behandlung zuzuführen oder wenn ohnehin von den potentiellen Patienten eine Behandlung außerhalb des Versorgungsgebiets gewählt wird. Auch eine epidemiologisch begründete Bettenbedarfsschätzung müsste daher entsprechend korrigiert werden.
- 66 (4) Ansonsten ist die Bedarfsanalyse des Beklagten nicht zu beanstanden. Insbesondere durfte die vom Statistischen Landesamt prognostizierte Bevölkerungsentwicklung differenziert nach Jahrgängen, vor allem jenen, die am häufigsten eine akut-stationäre psychosomatische Behandlung benötigen,

berücksichtigt werden. Auch die Einwände der Klägerin gegen die Bedarfsanalyse des Beklagten sind im Übrigen erfolglos.

67

Zwar trifft es zu, dass der psychosomatisch-psychotherapeutische Bettenbedarf nicht durch psychiatrisch-psychotherapeutische Planbetten gedeckt werden kann, selbst wenn beide Fachgebiete mit Methoden der Psychotherapie arbeiten, weil es sich insoweit um Fachgebiete mit eigenständigem Bettenbedarf handelt (OVG Lüneburg, Urt. v. 3. Februar 2011 - 13 LC 125/08 -, juris Rn. 42 = NZS 2011, 859 ff.). Davon ist der Beklagte aber auch nicht ausgegangen, sondern hat den Bettenbedarf für beide Fachgebiete getrennt ermittelt. Der Vortrag des Beklagten, das Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ sei unter Fachleuten umstritten und der Krankenhausplanungsausschuss der Ansicht, psychosomatische Patienten seien überwiegend ebenso in akut-stationären psychiatrischen Planbetten behandelbar, hat sich deshalb bei der Bedarfsanalyse des Beklagten nicht ausgewirkt.

68

Ebenso zutreffend ist zwar, dass der akut-stationäre psychosomatische Bettenbedarf nicht durch stationäre Rehabilitationsbetten dieses Fachgebiets gedeckt werden kann, auch wenn dies bis Ende 1999 mit Billigung der Krankenkassen verbreitet gewesen sein mag (vgl. VGH BW, Urt. v. 16. April 2002 - 9 S 1586/01 -, juris Rn. 33 = NVwZ-RR 2002, 847 ff.). Dies war aber für die Bedarfsberechnung des Beklagten ebenfalls nicht maßgeblich, sondern nur ein Argument im Bescheid vom 3. Januar 2006 gegen die epidemiologische Bedarfsschätzung in der Abhandlung von J..... und G.....

69

Weshalb der Beklagte bei Erstellung der Planfortschreibung für 2012/13 im Jahre 2011 nicht auf statistische Daten bis 2009 zurückgreifen durfte, wenn im Zeitpunkt der Aufstellung der Bedarfsprognose aktuellere Daten nicht vorlagen, was die Klägerin nicht in Frage stellt, erschließt sich nicht. Der Krankenhausplan verliert dadurch allenfalls geringfügig an steuernder Wirkung in dem Sinne, dass die daraus folgende größere Unsicherheit bei der Bedarfsprognose entsprechend zu berücksichtigen ist.

70

Der in der Planfortschreibung für 2012/13 dargestellte Anstieg der Krankenhaushäufigkeit in den psychischen Fachgebieten in Sachsen um 132 % bedeutet nicht, dass sich ab 2012 die Planbettenzahl in diesem Umfang erhöhen muss. Zum einen vollzog sich diese Entwicklung, wie dort ausgeführt ist, seit 1992 und

schon ab 1994 wurden in Sachsen psychosomatische Planbetten in steigender Zahl ausgewiesen, wie bereits dargelegt wurde. Zum anderen differenziert diese Steigerung nicht zwischen psychosomatischen und psychiatrischen Fällen und ist daher hier kaum aussagekräftig.

71

Schließlich gibt es keinen Grund, die für die Bedarfsanalyse verwendeten statistischen Daten in Zweifel zu ziehen. Solche wurden weder von der Klägerin substantiiert behauptet noch sind sie sonst ersichtlich. Die erhebliche Abweichung zwischen der epidemiologisch zu erwartenden und der tatsächlich gemeldeten Zahl an akutstationären psychosomatischen Patienten in Sachsen dürfte, sofern die epidemiologischen Schätzungen zutreffen, vielmehr auf die im Zusammenhang mit der Korrekturbedürftigkeit der gemeldeten Fallzahl erläuterten Gründe zurückzuführen sein.

72

cc) Unabhängig vom Ergebnis einer danach fehlerfreien Bedarfsanalyse kann vorliegend nicht mehr als die Pflicht zur Neubescheidung bestätigt werden, weil die Klägerin gegen die Abweisung ihres auf Planaufnahme gerichteten Hauptantrags keine (Anschluss-)Berufung erhoben hat. Deshalb wäre eine Verpflichtung zur Planaufnahme selbst dann nicht auszusprechen, wenn eine fehlerfreie Bedarfsanalyse ergäbe, dass die angebotenen 50 Betten zur Bedarfsdeckung nötig sind, d. h. schon auf der ersten Entscheidungsstufe ein Planaufnahmeanspruch bestünde. Umgekehrt müsste der Beklagte den Antrag vom 22. Dezember 2004 selbst dann erneut bescheiden, wenn die Bedarfsanalyse im Krankenhausplan trotz der aufgezeigten Mängel im Ergebnis zutreffend wäre, weil er bisher keine beurteilungsfehlerfreie Auswahlentscheidung getroffen hat.

73

Die gerichtliche Kontrolle der Auswahlentscheidung, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung am besten gerecht wird, beschränkt sich auf die Prüfung, ob von einem zutreffenden, vollständig ermittelten Sachverhalt ausgegangen, ein sich im Rahmen des Gesetzes und des Krankenhausplans haltender Beurteilungsmaßstab zutreffend angewandt und keine sachfremden Erwägungen angestellt wurden. Dabei sind die nach § 6 Abs. 1 KHG für die Krankenhausplanung maßgeblichen Ziele der Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Trägervielfalt - sämtlich - in den Blick zu nehmen und angemessen zu

berücksichtigen (BVerwG, Beschl. v. 12. Februar 2007 - 3 B 77/06 -, juris Rn. 5). An Letzterem fehlt es hier.

- 74 Die dazu im Bescheid vom 3. Januar 2006 angestellten Erwägungen sind fehlerhaft. Dem Krankenhausplan ist nicht das Ziel zu entnehmen, es zu vermeiden, Akut- und Rehabilitationsmedizin „unter einem Dach“ zu führen. Das Gesetz selbst geht in § 111 Abs. 6 SGB V von dieser Möglichkeit aus. Eine solche Kombination kann zudem durchaus im Sinne der Patienten sein, die so von einer akut-stationären Behandlung nahtlos und ohne Ortswechsel in die Rehabilitation übergehen können. Ökonomisch orientierte Verschiebungen, soweit sie unzulässig sind, lassen sich hingegen auch anders, etwa durch entsprechende Kontrollen, vermeiden.
- 75 Das in den Planfortschreibungen bis 2011 jeweils unter Punkt 5.9 formulierte Ziel, neue psychosomatische Kapazitäten vorrangig durch Umwidmung von Planbetten anderer Fachgebiete zu gewinnen, ist zulässig, soweit in Planbetten anderer Fachgebiete bisher tatsächlich psychosomatisch behandlungsbedürftige Patienten versorgt wurden, was den Bettenbedarf dort verringert und im Fachgebiet „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ entsprechend erhöht. Jedoch betrifft dies allein die Bedarfsanalyse, darf aber auch dort nicht dazu führen, dass der Bettenmangel in einem Fachgebiet („Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“) mit Überkapazitäten eines anderen Fachgebiets (z. B. „Psychiatrie und Psychotherapie“) gerechtfertigt wird (vgl. OVG Lüneburg, Urt. v. 3. Februar 2011 - 13 LC 125/08 -, juris Rn. 42 = NZS 2011, 859 ff.). Für die Auswahlentscheidung, welches Krankenhaus am besten zur Bedarfsdeckung geeignet ist, gibt dies jedoch nichts her, ebenso wenig wie die vom Beklagten zuletzt nachgeschobene Auswählerwägung, inzwischen sei aufgrund neuer Modellvorhaben zur sektorübergreifenden Leistungserbringung eine Entlastung des stationären Bereichs zu erwarten, was ebenfalls nur bei der Bedarfsprognose zu berücksichtigen ist.
- 76 Unabhängig von der Zulässigkeit des Nachschiebens weiterer Auswählerwägungen (§ 114 Satz 2 VwGO) sind diese im Übrigen unzureichend. Selbst wenn es den Zielen des Krankenhausplans entspricht, psychosomatische Fachabteilungen in einem Krankenhaus mit auch somatischen Fachabteilungen anzusiedeln, um eine Mitbehandlung körperlicher Einschränkungen zu ermöglichen, und auch eine gewisse

Zentralisierung wirtschaftlich erforderlich ist, können dies nur zwei Auswählerwägungen unter anderen sein. Denn die generelle Anbindung von Betten eines Fachgebiets an Allgemeinkrankenhäuser mit breitbasiger Allgemeinversorgung beeinträchtigt die Berufsfreiheit der Krankenhausbetreiber und das Prinzip der Trägervielfalt unverhältnismäßig, sofern die Erfüllung der Versorgungsaufgabe dieser Betten dies nicht erfordert (BVerwG, Beschl. v. 12. Februar 2007 - 3 B 77/06 -, juris Rn. 6/7). Für eine generelle Anbindung genügt es deshalb nicht, dass die Möglichkeit zur Mitbehandlung körperlicher Einschränkungen für eine akut-stationäre psychosomatische Behandlung - wie hier - nur zweckmäßig ist.

77 Ungeachtet dessen bleiben aber bei den auf diese Gesichtspunkte beschränkten Auswählerwägungen wesentliche Umstände unberücksichtigt, etwa die nach dem Klinikkonzept der Klägerin auch somatische Kompetenz ihrer Klinik und deren mögliche Kooperation mit dem nahe gelegenen ...-Krankenhaus mit umfangreichen somatischen Angeboten sowie die von der Klägerin zu Recht gerügte weniger günstige Erreichbarkeit der Kliniken E....., die an der tschechischen Grenze gelegen sind, was eine lange Anfahrt erfordert, während die Klinik der Klägerin deutlich zentraler liegt. Ebenso bleibt das kostengünstigere Angebot der Klinik der Klägerin unbeachtet.

78 Soweit die Klägerin jedoch bezweifelt, dass das Klinikum C..... tatsächlich 20 akut-stationäre psychosomatische Planbetten und eine entsprechende Fachabteilung vorhält, ergibt sich das Gegenteil nicht nur aus der Stellungnahme des Klinikums vom 25. April 2013, sondern auch aus der Mitteilung der ... vom 1. April 2005 im Verwaltungsverfahren. Dass das Klinikum C..... danach eine gemeinsame Abteilung zur akut-stationären psychotherapeutischen Behandlung sowohl psychiatrischer als auch psychosomatischer Fälle vorhält, stellt die Bedarfsgerechtigkeit und Leistungsfähigkeit des Bettenangebots nicht in Frage, solange die nötige ärztliche Fachkompetenz vorhanden ist, was in der Stellungnahme des Klinikums hinreichend dargelegt wird.

79 Schließlich darf ein Antrag auf Aufnahme weiterer Planbetten nicht deshalb abgelehnt werden, weil bereits bestandskräftig Betten anderer Krankenhäuser aufgenommen wurden. Vielmehr sind, falls nötig, deren Planbetten herauszunehmen. Selbst wenn dies nicht oder nur schwer möglich ist, berührt deren Planaufnahme und die

Bestandskraft dieser Entscheidungen als solche nicht die gegenüber dem weiteren Bewerber zu treffende Auswahlentscheidung (BVerwG, Urt. v. 14. April 2011 - 3 C 17/10 -, juris Rn. 28 = NVwZ-RR 2011, 729 ff.). Denn dem Gesetz ist weder ein Verbot der Überversorgung mit Plankrankenhäusern zu entnehmen noch schützt es vorhandene Plankrankenhäuser vor Wettbewerbsnachteilen infolge der Förderung weiterer Kliniken. Nur flankierend zur eigenen Klage auf Planaufnahme kann die Aufnahme eines anderen Krankenhauses angefochten werden, um nachteilige Veränderungen in den bei der Auswahlentscheidung über den eigenen Aufnahmeantrag zu berücksichtigenden tatsächlichen Verhältnissen zu vermeiden (BVerwG, Urt. v. 25. September 2008 - 3 C 35/07 -, juris Rn. 20 ff. = BVerwGE 132, 64 ff.). Eine solche Drittanfechtung ist hier aber nicht streitgegenständlich, so dass dahinstehen kann, ob die Planbettenerhöhung in den konkurrierenden Kliniken E..... im Laufe des vorliegenden Verfahrens rechtmäßig war und die Rechte der Klägerin dabei (etwa auf Anhörung) gewahrt wurden.

80 Die Kostenentscheidung folgt aus § 154 Abs. 1 VwGO.

81 Die Revision ist nicht zuzulassen, weil kein Fall des § 132 Abs. 2 VwGO vorliegt.

Rechtsmittelbelehrung

Die Nichtzulassung der Revision kann durch Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist beim Sächsischen Obergericht, Ortenburg 9, 02625 Bautzen, innerhalb eines Monats nach Zustellung dieses Urteils schriftlich oder in elektronischer Form nach Maßgabe der Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums der Justiz und für Europa über den elektronischen Rechtsverkehr in Sachsen (SächsERVerkVO) vom 6. Juli 2010 (SächsGVBl. S. 190) in der jeweils geltenden Fassung einzulegen. Die Beschwerde muss das angefochtene Urteil bezeichnen.

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung dieses Urteils zu begründen. Die Begründung ist bei dem oben genannten Gericht schriftlich oder in elektronischer Form nach Maßgabe der SächsERVerkVO einzureichen.

In der Begründung der Beschwerde muss die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt oder die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts, des Gemeinsamen Senats der Obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des

Bundesverfassungsgerichts, von der das Urteil abweicht, oder der Verfahrensmangel bezeichnet werden.

Für das Beschwerdeverfahren besteht Vertretungszwang; dies gilt auch für die Einlegung der Beschwerde und für die Begründung. Danach muss sich jeder Beteiligte durch einen Rechtsanwalt oder einen Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, der die Befähigung zum Richteramt besitzt, als Bevollmächtigten vertreten lassen.

In Angelegenheiten, die ein gegenwärtiges oder früheres Beamten-, Richter-, Wehrpflicht-, Wehrdienst- oder Zivildienstverhältnis oder die Entstehung eines solchen Verhältnisses betreffen, in Personalvertretungsangelegenheiten und in Angelegenheiten, die in einem Zusammenhang mit einem gegenwärtigen oder früheren Arbeitsverhältnis von Arbeitnehmern im Sinne des § 5 des Arbeitsgerichtsgesetzes stehen, einschließlich Prüfungsangelegenheiten, sind auch Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder vertretungsbefugt. Vertretungsbefugt sind auch juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer dieser Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet. Diese Bevollmächtigten müssen durch Personen mit der Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen.

Ein Beteiligter, der zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

gez.:
Raden

Döpelheuer

Tischer

Beschluss vom 14. Mai 2013

Der Streitwert für das wegen der Pflicht zur Neubescheidung geführte Berufungsverfahren wird gemäß § 63 Abs. 2 Satz 1, § 47 Abs. 1 und § 52 Abs. 1 GKG im Einklang mit Nr. 1.5 und 23.2 des Streitwertkatalogs für die Verwaltungsgerichtsbarkeit vom 7./8. Juli 2004 (Kopp/Schenke, VwGO, 18. Aufl. 2012, Anh § 164 Rn. 14) auf

12.500,00 €

festgesetzt.

Dieser Beschluss ist unanfechtbar (§ 68 Abs. 1 Satz 5, § 66 Abs. 3 Satz 3 GKG).

gez.:

Raden

Döpelheuer

Tischer

Ausgefertigt:

Bautzen, den

Sächsisches Obergerverwaltungsgericht