

Gericht:	BSG 1. Senat
Entscheidungsdatum:	26.03.2026
Aktenzeichen:	B 1 KR 1/25 R
ECLI:	ECLI:DE:BSG:2026:260326UB1KR125R0
Dokumenttyp:	Urteil

Verfahrensgang

vorgehend SG Köln, 9. September 2021, Az: S 23 KR 766/18, Urteil
vorgehend Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, 4. September 2024, Az: L 10 KR 825/21 KH, Urteil

Tenor

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 4. September 2024 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 2 500 000 Euro festgesetzt.

Tatbestand

- 1 Die Klägerin begehrt den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 108 Nr 3, § 109 Abs 1 Satz 1 SGB V.
- 2 Die von der Klägerin betriebene stationäre Einrichtung für psychosomatische Krankheiten, die B-Klinik (nachfolgend Klinik), erbringt auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages nach § 111 SGB V Leistungen zur stationären Rehabilitation. Die Klägerin ist mit ihrem Begehren auf Aufnahme der Klinik in den Krankenhausplan 2015 des beigeladenen Landes Nordrhein-Westfalen erfolglos geblieben (*Urteile des VG Minden vom 18.4.2016 - 6 K 320/15 - juris und vom 27.4.2018 - 6 K 7153/17 - juris; jeweils nachgehend OVG für das Land Nordrhein-Westfalen vom 16.5.2017 - 13 A 1105/16 - juris und vom 26.6.2020 - 13 A 2097/18 - juris; zu letzterem Beschluss VerfGH für das Land Nordrhein-Westfalen vom 27.4.2021 - 115/20.VB-1 - juris*).
- 3 Auch ihr Antrag vom 8.11.2017 auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 108 Nr 3, § 109 Abs 1 Satz 1 SGB V für die Klinik im Umfang von 15 vollstationären Betten und vier teilstationären Plätzen für das Gebiet der Psychosomatischen Medizin ist von den beklagten Landesverbänden der Krankenkassen und den beklagten Ersatzkassen, letztere hier repräsentiert durch den Beklagten zu 6., mit Schreiben vom 2.3.2018 abgelehnt worden. Sie bezweifelten bereits die Zulässigkeit des Antrages, weil die Klägerin den Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan nicht zurückgenommen hatte. Die Klinik sei jedenfalls für die bedarfsgerechte Kran-

kenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich. Der Beigeladene stimmte der Ablehnung eines Versorgungsvertrages mit Schreiben vom 23.4.2018 zu.

- 4 Mit ihrer auf den Abschluss eines Versorgungsvertrages unter Aufhebung des Bescheides vom 2.3.2018 gerichteten Klage ist die Klägerin in den Vorinstanzen ohne Erfolg geblieben. Das SG hat die zunächst nur als Leistungsklage erhobene Klage abgewiesen (*Urteil vom 9.9.2021*). Die Klägerin hat im Berufungsverfahren ihren Klageantrag in eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage umgestellt. Das LSG hat die Berufung unter Abweisung auch der Anfechtungsklage zurückgewiesen und ausgeführt: Die Anfechtungsklage sei schon nicht statthaft. Bei der Entscheidung der Beklagten vom 2.3.2018, mit der Klägerin keinen Versorgungsvertrag abzuschließen, habe es sich weder materiell noch formell um einen Verwaltungsakt gehandelt. Die Leistungsklage sei unbegründet. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf den Abschluss des begehrten Versorgungsvertrages. Die Klinik sei für eine bedarfsgerechte Versorgung nicht erforderlich (*Urteil vom 4.9.2024*).
- 5 Mit ihrer Revision rügt die Klägerin eine Verletzung von § 108 Nr 3, § 109 SGB V sowie sinngemäß eine Verletzung von § 54 Abs 1 Satz 1 Alt 1 SGG iVm § 31 Satz 1 SGB X und den Grundsätzen zur Zurechnung eines Rechtsscheins. Sowohl die gegen den Formverwaltungsakt vom 2.3.2018 gerichtete Anfechtungsklage als auch die Leistungsklage seien begründet. Der Krankenhausplan sei ein Verwaltungsinternum und binde als solcher die Beklagten und auch die Gerichte nicht. Diese hätten eine eigenständige Prüfung vorzunehmen, ob für die von der Klägerin angebotene Versorgung ein Bedarf bestehe. Das LSG gehe von einem fehlerhaften räumlichen Einzugsbereich der Klinik aus. Von einer wohnortnahen Versorgung könne bei psychosomatischen Erkrankungen als "hochspezialisierten Krankheitsfällen" keine Rede sein. Der von der Klägerin mit der Vorlage eines Gutachtens belegte Bedarf für eine psychosomatische Krankenhausversorgung werde entgegen der Annahme des LSG auch nicht durch die in den Krankenhausplan aufgenommenen Plankrankenhäuser gedeckt.
- 6 Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 4. September 2024 und das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 9. September 2021 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 2. März 2018 aufzuheben und die Beklagten zu verurteilen, das Angebot der Klägerin auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 108 Nr 3, § 109 SGB V zur Versorgung von GKV-Versicherten im Fachgebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie im Umfang von 15 vollstationären Betten und vier teilstationären Plätzen anzunehmen.
- 7 Die Beklagten beantragen,
die Revision zurückzuweisen.
- 8 Der Beigeladene beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 9 Nach Auffassung der Beklagten und des Beigeladenen liegt der Ausschlussstatbestand des § 109 Abs 3 Satz 1 Nr 3 SGB V vor. Die Klinik sei für eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten nicht erforderlich.

Entscheidungsgründe

- 10 Die zulässige Revision der Klägerin ist unbegründet (§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG). Zu Recht hat das LSG ihre Berufung gegen das klageabweisende SG-Urteil zurückgewiesen.
- 11 A. Die Revision der Klägerin ist insgesamt zulässig. Sie ist frist- und formgerecht eingelegt und begründet worden (§ 164 Abs 1 Satz 1 und 2, Abs 2 Satz 1 und 3 iVm § 64 SGG). Insbesondere genügt die Revisionsbegründung auch hinsichtlich der Anfechtungsklage der Anforderung des § 164 Abs 2 Satz 3 SGG, die als verletzt gerügten Rechtsnormen zu bezeichnen. Sie benennt ausdrücklich § 108 Nr 3, § 109 SGB V und bezieht sich auf die Rechtsprechung des BSG zur Anfechtbarkeit von Formverwaltungsakten (*näher dazu unten RdNr 23*), der § 54 Abs 1 Satz 1 Alt 1 SGG iVm § 31 Satz 1 SGB X und die Grundsätze zur Zurechnung eines Rechtsscheins zugrunde liegen. Die Klägerin zeigt damit hinreichend auf, welche Rechtsnormen sie im Zusammenhang mit der Verwerfung der Anfechtungsklage als verletzt ansieht.
- 12 Die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ist nur hinsichtlich der Leistungsklage zulässig (*dazu B.*), jedoch unbegründet (*dazu C.*).
- 13 B. Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen der Anfechtungsklage sind nicht erfüllt (*dazu 1.*). Die Sachurteilsvoraussetzungen der Leistungsklage liegen vor (*dazu 2.*).
- 14 1. Die Anfechtungsklage gegen die Entscheidung der Beklagten, mit der Klägerin den begehrten Versorgungsvertrag nicht abzuschließen, ist nicht statthaft. Dieses Schreiben stellt weder einen Verwaltungsakt iS des § 31 Satz 1 SGB X (*dazu a*) noch zumindest seiner äußeren Form nach einen sogenannten Formverwaltungsakt dar (*dazu b*).
- 15 a) Mit der Anfechtungsklage kann die Aufhebung eines Verwaltungsaktes oder seine Abänderung begehrt werden (§ 54 Abs 1 Satz 1 Alt 1 SGG). Verwaltungsakt ist jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist (§ 31 Satz 1 SGB X).
- 16 An der früheren Rechtsprechung, nach der die Kündigung des Versorgungsvertrages durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nach § 110 SGB V in der Form des Verwaltungsaktes erfolge, hat der erkennende Senat vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des BVerfG zum verfassungsrechtlichen Verbot einer Mischverwaltung aus Bund und Ländern nicht festgehalten. Die Kündigung des Versorgungsvertrages erfolgt durch einseitige öffentlich-rechtliche Willenserklärung (BSG vom 13.12.2022 - B 1 KR 37/21 R - BSGE 135, 209 = SozR 4-2500 § 110 Nr 1, RdNr 20).
- 17 Der erkennende Senat hält aus denselben Gründen auch nicht an der früheren Rechtsprechung des mittlerweile nicht mehr für das Leistungserbringungsrecht der Krankenhäuser zuständigen

3. Senats des BSG fest, nach der die Ablehnung des Abschlusses eines (statusbegründenden) Versorgungsvertrages einen Verwaltungsakt darstellte (vgl. ua BSG vom 29.5.1996 - 3 RK 23/95 - BSGE 78, 233, 235 f = SozR 3-2500 § 109 Nr 1 S 3 = juris RdNr 15 ff <Festhaltung an Rspr zu § 371 RVO auch unter Geltung des § 109 SGB V>; BSG vom 5.7.2000 - B 3 KR 20/99 R - BSGE 87, 25, 27 = SozR 3-2500 § 109 Nr 7 S 45 = juris RdNr 18; vgl. zur Beschränkung dieser Rspr auf durch gesetzliche Regelungen vorgegebene statusbegründende Verträge BSG vom 21.11.2002 - B 3 KR 14/02 R - BSGE 90, 150, 151 f = SozR 3-2500 § 132a Nr 4 S 13 f = juris RdNr 10 f; BSG vom 1.9.2005 - B 3 KR 3/04 R - SozR 4-2500 § 40 Nr 2 RdNr 16; siehe auch BSG vom 28.7.2008 - B 1 KR 5/08 R - BSGE 101, 177 = SozR 4-2500 § 39 Nr 11, RdNr 16 ff ausführlich zu Fragen der Mischverwaltung).
- 18 aa) Aus dem Wortlaut des § 109 Abs 1 bis 4 SGB V und des § 110 SGB V, der Entstehungsgeschichte der Vorschriften und dem System von Kranken- und Pflegeversicherung ergeben sich weder Anhaltspunkte für eine Verwaltungsaktbefugnis der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen noch für ein Über- und Unterordnungsverhältnis zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen einerseits sowie dem Krankenhausträger andererseits (vgl. BSG vom 13.12.2022 - B 1 KR 37/21 R - BSGE 135, 209 = SozR 4-2500 § 110 Nr 1, RdNr 21 ff).
- 19 bb) Der bisher maßgeblich zur Begründung der Verwaltungsaktqualität der Ablehnung des Versorgungsvertragsabschlusses herangezogenen Zweistufentheorie (vgl. BSG vom 27.1.1981 - 5a/5 RKn 14/79 - BSGE 51, 126, 131 f = SozR 2200 § 371 Nr 4 S 8 = juris RdNr 41 ff, insbesondere RdNr 45 f; BSG vom 29.5.1996 - 3 RK 23/95 - BSGE 78, 233, 235 f = SozR 3-2500 § 109 Nr 1 S 3 = juris RdNr 16) fehlt es für den Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V insgesamt an einer gesetzlichen Grundlage.
- 20 (1) Die Zweistufentheorie ist für die Bestimmung des Rechtsweges im Zusammenhang mit der Benutzung öffentlicher Einrichtungen oder der Gewährung von Subventionen von Bedeutung. In diesen Fällen soll die Entscheidung des Ob durch ein öffentlich-rechtliches Über-Unterordnungsverhältnis geprägt sein (vgl. BSG vom 16.8.2017 - B 12 KR 19/16 R - BSGE 124, 47 = SozR 4-6050 Art 17 Nr 1, RdNr 11), das seinen Ausdruck durch einen Verwaltungsakt finden soll, die Ausführung - das Wie - aber auf der Grundlage zivilrechtlicher Vorschriften erfolgen könne (vgl. Ruthig in Kopp/Schenke, VwGO, 31. Aufl 2025, § 40 RdNr 15a ff, zur Kritik RdNr 15a; Wöckel in Eyermann, VwGO, 16. Aufl 2022, § 40 RdNr 46; Sodan in Sodan/Ziekow, VwGO, 6. Aufl 2025, § 40 RdNr 327 ff, zur Kritik RdNr 353 f; Mardfeldt/von Albedyll in Bader, VwGO, 9. Aufl 12/2025, § 40 RdNr 34 ff, 46 ff).
- 21 (2) Die Anwendung der Zweistufentheorie im Zusammenhang mit einem Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V würde voraussetzen, dass für die dem Abschluss des Versorgungsvertrages vorgelagerte Entscheidung, ob ein solcher überhaupt abgeschlossen werden soll, ein Über- und Unterordnungsverhältnis der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen auf der einen und des einen Versorgungsvertrag begehrenden Krankenhauses auf der anderen Seite besteht. Nur dann würden die Krankenkassenverbände mit ihrer Entscheidung, den Abschluss eines Versorgungsvertrages zu versagen, dem betroffenen Krankenhausträger einseitig und hoheitlich den Status eines Vertragskrankenhauses vorenthalten und damit seine Beteiligung an der auf öffentlich-rechtlicher Grundlage durchzuführenden stationären Versorgung der Versicherten verhindern (vgl. BSG vom 27.1.1981 - 5a/5 RKn 14/79 - BSGE 51, 126, 132 = SozR 2200 § 371 Nr 4 S 8 = juris RdNr 46; BSG vom 29.5.1996 - 3 RK 23/95 - BSGE 78, 233, 236 = SozR 3-2500 § 109 Nr 1 S 3 = juris RdNr 16). Es kann dahingestellt bleiben, ob die Vorgängerregelung des § 371 Abs 1 und 2 RVO mit dem System aus Bereiterklärung des Krankenhauses zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter mit Krankenhausbehandlung und deren nur innerhalb einer Frist von drei Monaten möglichen Ablehnung die Annahme der Zweistufigkeit des Verfahrens stützte. In § 109 Abs 1 Satz 1, Abs 2 SGB V ist eine solche Zweistufigkeit jedenfalls nicht ange-

legt. Der Zugang eines Krankenhauses zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter hat sowohl hinsichtlich des Ob als auch des Wie mit dem SGB V seine Grundlage insgesamt im öffentlich-rechtlichen Vertragsrecht. Der Versorgungsvertrag als koordinationsrechtlicher Vertrag iS von § 53 Abs 1 Satz 1 SGB V folgt dem zivilrechtlichen Leitbild des Vertrages als einer Einigung der Vertragsschließenden über das Ob und Wie des Vertrages durch korrespondierende rechtsgeschäftliche Willenserklärungen (*Angebot und Annahme*; vgl dazu *Engelmann in Schütze, SGB X, 9. Aufl 2020, § 53 RdNr 19*). Die koordinationsrechtliche Natur des Vertrages wird nicht dadurch beeinträchtigt, dass ungeachtet des fehlenden Rechtsanspruchs des Krankenhausträgers bei einer Mehrheit von Bewerbern (§ 109 Abs 2 Satz 1 SGB V) es nicht im Belieben der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen steht (*näher dazu 2.*), ein Vertragsangebot eines Krankenhausträgers abzulehnen. Entscheidend ist vielmehr, dass diese einen Krankenhausträger nicht durch Verwaltungsakt verpflichten können, ein Krankenhaus zur Versorgung der Versicherten bereitzustellen. Der Versorgungsvertrag nach § 108 Nr 3 SGB V ersetzt danach auch keinen Verwaltungsakt, wie dies ein subordinationsrechtlicher Vertrag könnte (§ 53 Abs 1 Satz 2 SGB X).

- 22 (3) Es besteht auch kein Bedürfnis nach einem zweistufig ausgestalteten Verfahren. Davon ist regelmäßig nur auszugehen, wenn sich zwei Rechtshandlungen unterscheiden lassen (vgl *Ehlers/Schneider in Schoch/Schneider, VwGO, 47. EL Februar 2025, § 40 RdNr 300 f*; vgl *Ruthig in Kopp/Schenke, VwGO, 31. Aufl 2025, § 40 RdNr 15a*). Daran fehlt es aber, wie sich am umgekehrten Fall des Abschlusses eines Versorgungsvertrages zeigt. Wird der Versorgungsvertrag abgeschlossen, hat die bisherige Rechtsprechung keine vom Abschluss des Vertrages getrennte, durch Verwaltungsakt zu ergehende Entscheidung über das Ob des Vertrages gefordert, in diesem Fall werde die Rechtsposition des Krankenhauses durch Vertrag und nicht durch Verwaltungsakt geregelt (*BSG vom 15.1.1986 - 3/8 RK 5/84 - BSGE 59, 258, 260 = SozR 2200 § 371 Nr 5 S 11 = juris RdNr 18*). Eine eigenständige Bedeutung der Ablehnung des Abschlusses eines Versorgungsvertrages ergibt sich auch unter Rechtsschutzgesichtspunkten insbesondere schon deshalb nicht, weil der dagegen gerichteten Anfechtungsklage neben der auf Abschluss eines Versorgungsvertrages gerichteten Leistungsklage keine eigenständige Bedeutung beigemessen wird und es für eine isolierte Anfechtung der Ablehnung am Rechtsschutzinteresse fehlt (*BSG vom 20.11.1996 - 3 RK 7/96 - SozR 3-2500 § 109 Nr 3 = juris RdNr 12; BSG vom 28.7.2008 - B 1 KR 5/08 R - BSGE 101, 177 = SozR 4-2500 § 39 Nr 11, RdNr 29*).
- 23 b) Das Schreiben der Beklagten vom 2.3.2018 stellte auch seiner äußeren Form nach keinen Verwaltungsakt dar. Für die Statthaftigkeit der Anfechtungsklage ist es zwar ausreichend, dass eine Erklärung einem objektiven Empfänger den Eindruck vermittelt, sie ergehe als Verwaltungsakt, unabhängig davon, ob dies wirklich der Fall ist (vgl *BSG vom 5.9.2006 - B 4 R 71/06 R - BSGE 97, 63 = SozR 4-2500 § 255 Nr 1, RdNr 16; BSG vom 7.2.2012 - B 13 R 109/11 R - juris RdNr 15; BSG vom 26.4.2016 - B 2 U 13/14 R - juris RdNr 14; BVerwG vom 1.10.1963 - IV C 9.63 - BVerwGE 18, 1, 5 = juris RdNr 62*). Eine in der äußeren Form eines Verwaltungsaktes erlassene Verwaltungsmaßnahme (formeller Verwaltungsakt, Formverwaltungsakt) wird nur - wegen des von der Behörde gesetzten Rechtsscheins - hinsichtlich ihrer Anfechtbarkeit als Verwaltungsakt behandelt (vgl *BSG vom 13.8.2014 - B 6 KA 6/14 R - BSGE 116, 280 = SozR 4-2500 § 87a Nr 2, RdNr 26*), ohne dass es auf eine Auslegung des Schreibens im Hinblick auf die Merkmale eines Verwaltungsaktes nach § 31 Satz 1 SGB X ankäme. Die äußere Form des Verwaltungsaktes ist durch die Bezeichnung des Schreibens als Bescheid und die Verwendung einer Rechtsbehelfsbelehrung gekennzeichnet (vgl *BSG vom 3.4.2003 - B 13 RJ 39/02 R - BSGE 91, 68, 69 f = SozR 4-1300 § 31 Nr 1 S 3 = juris RdNr 22; BSG vom 5.9.2006, aaO, RdNr 20; BSG vom 13.12.2022 - B 1 KR 37/21 R - BSGE 135, 209 = SozR 4-2500 § 110 Nr 1, RdNr 12; BVerwG, aaO, RdNr 60*). Dem Schreiben der Beklagten vom 2.3.2018 fehlen diese einen schriftlichen Verwaltungsakt typischerweise charakterisierenden Merkmale; es ist weder als Bescheid bezeichnet noch enthält es eine Rechtsbehelfsbelehrung.
- 24 2. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig. Die Klägerin begehrt im Gleichordnungsverhältnis eine Leistung der

Beklagten, nämlich die Abgabe einer Willenserklärung mit dem Inhalt der Annahme ihres Angebotes auf Abschluss eines Versorgungsvertrages (vgl BSG vom 18.3.1999 - B 3 P 8/98 R - SozR 3-3300 § 77 Nr 1 S 2 = juris RdNr 9; BSG vom 16.8.2017 - B 12 KR 19/16 R - BSGE 124, 47 = SozR 4-6050 Art 17 Nr 1, RdNr 15). Die Beklagten zu 1. bis 6. haben hierüber ohne Ermessen zu entscheiden (vgl BSG vom 29.5.1996 - 3 RK 23/95 - BSGE 78, 233, 238 ff = SozR 3-2500 § 109 Nr 1 S 7 ff; BSG vom 28.7.2008 - B 1 KR 5/08 R - BSGE 101, 177 = SozR 4-2500 § 39 Nr 11, RdNr 31 ff). Sofern die Voraussetzungen des § 109 Abs 1 bis 4 SGB V vorliegen, hat die Klägerin einen Anspruch auf Abschluss des begehrten Versorgungsvertrages (vgl zum Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages BSG vom 29.5.1996 - 3 RK 23/95 - BSGE 78, 233, 238 f = SozR 3-2500 § 109 Nr 1 S 7 f = juris RdNr 25 ff; BSG vom 28.7.2008 - B 1 KR 5/08 R - BSGE 101, 177 = SozR 4-2500 § 39 Nr 11, RdNr 31; BSG vom 16.5.2012 - B 3 KR 9/11 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 25 RdNr 31). Zutreffend ist das LSG davon ausgegangen, dass das parallel betriebene und zwischenzeitlich abgeschlossene Verfahren zur Aufnahme der Klinik in den Krankenhausplan dem Abschluss eines Versorgungsvertrages und der Zulässigkeit der Leistungsklage nicht entgegensteht. Die Klägerin musste sich nicht entscheiden, ob sie die Zulassung der Klinik zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter durch Aufnahme in den Krankenhausplan (§ 108 Nr 2, § 109 Abs 1 Satz 2 SGB V) oder durch den Abschluss eines Versorgungsvertrages (§ 108 Nr 3, § 109 Abs 1 Satz 1 SGB V) zu erreichen sucht. Sie muss das ihr nach der Rechtsprechung des BSG (vgl BSG vom 16.5.2012 - B 3 KR 9/11 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 25 RdNr 35) zustehende Wahlrecht nicht ausüben und darf beide Möglichkeiten gleichzeitig verfolgen.

- 25 C. Die Leistungsklage ist unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages für die Klinik nach § 108 Nr 3, § 109 Abs 1 Satz 1 SGB V im Umfang von 15 vollstationären Betten und vier teilstationären Plätzen. Es fehlt an der Erforderlichkeit des Versorgungsangebotes der Klinik der Klägerin für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten (dazu 1.). Dies hat das LSG für den Senat bindend (§ 163 SGG) festgestellt (dazu 2.).
- 26 1. Der Abschluss eines Versorgungsvertrages ist ausgeschlossen, wenn das Krankenhaus für die bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist (§ 109 Abs 3 Satz 1 Nr 3 SGB V ohne Änderung durch das zum 12.12.2024 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen <Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz - KHVVG>). § 109 Abs 3 Satz 1 Nr 3 SGB V greift damit zum einen die Bedarfsgerechtigkeit als Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 Abs 1 SGB V) als einen in § 70 Abs 1 Satz 1 SGB V verankerten allgemeinen Grundsatz des Leistungserbringerrechts auf (vgl zur Unwirtschaftlichkeit der Vorhaltung nicht bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen BSG vom 12.6.2025 - B 1 KR 22/23 R - juris RdNr 16, für BSGE und SozR vorgesehen). Zum anderen entspricht die Vorschrift dem in § 1 Abs 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) formulierten Ziel der Krankenhausplanung, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern zu gewährleisten. Entscheidend für einen Versorgungsvertrag nach den Vorgaben des SGB V ist das Bestehen eines Bedarfs, der durch die im Einzugsbereich des Krankenhauses bereits vorhandenen Kapazitäten der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser nicht gedeckt ist (vgl BSG vom 29.5.1996 - 3 RK 23/95 - BSGE 78, 233, 240 f = SozR 3-2500 § 109 Nr 1 S 8 f = juris RdNr 30, 32; BSG vom 29.5.1996 - 3 RK 26/95 - BSGE 78, 243, 251 = SozR 3-2500 § 109 Nr 1 S 9 f = juris RdNr 31 f; BSG vom 16.5.2012 - B 3 KR 9/11 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 25 RdNr 39), denn Vertragskrankenhäuser nach § 108 Nr 3, § 109 Abs 1 Satz 1 SGB V sind ergänzende Krankenhäuser aufgrund koordinierender Planung (vgl BSG vom 28.7.2008 - B 1 KR 5/08 R - BSGE 101, 177 = SozR 4-2500 § 39 Nr 11, RdNr 22; BSG vom 16.5.2012 aaO). Ausgehend von dem fachlichen Vergleichsbereich (dazu a) und dem räumlichen Einzugsbereich des Krankenhauses (dazu b) ist festzustellen, ob für das Versorgungsangebot der Klinik der Klägerin ein Bedarf besteht. Dem Krankenhausplan kommt insoweit keine Tatbestands- oder Bindungswirkung zu (dazu c). Eigene Ermittlungen der Gerichte sind ohne weitere Anhaltspunkte aber nur erforderlich, wenn der Krankenhausträger oder ein anderer Beteiligter durch substantiierten Vortrag die Möglichkeit eines über den Krankenhausplan hinausgehenden Bedarfs oder einer tatsächlich nicht erfolgenden Bedarfsdeckung durch die im Krankenhausplan berücksichtigten Krankenhäuser aufzeigt (dazu d).

- 27 a) Ausgangspunkt der Festlegung des fachlichen Vergleichsbereichs ist die vom Krankenhaus angebotene Versorgung. Denn zu prüfen ist, ob für diese Versorgung ein von den Plankrankenhäusern nicht gedeckter Versorgungsbedarf der Versicherten besteht. Dazu muss das Versorgungsangebot des Krankenhauses den Planungskategorien des Krankenhausplans zugeordnet werden, also die fachliche Vergleichbarkeit hergestellt werden. Soweit die Krankenhausplanung fachlich an die Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer anknüpft (*zur Zulässigkeit dieses Vorgehens vgl BVerwG vom 25.9.2008 - 3 C 35.07 - BVerwGE 132, 64 = juris RdNr 27; BVerwG vom 25.10.2011 - 3 B 17.11 - Buchholz 451.74 § 6 KHG Nr 7 = NZS 2012, 464 = juris RdNr 5*), sind die Fachgebiete der Weiterbildungsordnung auch für die Bestimmung des fachlichen Vergleichsbereichs zur Bedarfsermittlung nach § 109 Abs 3 Satz 1 Nr 3 SGB V maßgeblich (*vgl BSG vom 16.5.2012 - B 3 KR 9/11 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 25 RdNr 46*).
- 28 Die Klägerin bietet durch ihr Krankenhaus die Versorgung für das Gebiet der Psychosomatischen Medizin an. Dieses Versorgungsangebot fällt in das Fachgebiet "Psychosomatische Medizin und Psychotherapie" nach den Weiterbildungsordnungen der beiden nordrhein-westfälischen Ärztekammern (*vgl Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein vom 16.11.2019 idF des Beschlusses der Kammerversammlung der Ärztekammer Nordrhein vom 12.3.2022, B.2.29; Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 21.9.2019, Anlage 29*). Diese Weiterbildungsordnungen waren auch Grundlage der Krankenhauspläne NRW 2015 und 2022 (§ 12 Abs 3 Satz 2 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen <KHGG NRW>). Das Fachgebiet "Psychosomatische Medizin und Psychotherapie" war dort mit dem weiteren durch die Weiterbildungsordnungen bestimmten Fachgebiet "Psychiatrie und Psychotherapie" zu einem einheitlichen Leistungsbereich zusammengefasst (*zur Zulässigkeit dieser Planung vgl OVG für das Land Nordrhein-Westfalen vom 20.6.2016 - 13 A 1377/15 - juris RdNr 9 ff, OVG für das Land Nordrhein-Westfalen vom 16.5.2017 - 13 A 1105/16 - juris RdNr 9 ff*). Das auf eine psychosomatische Versorgung ausgerichtete Versorgungsangebot der Klägerin entspricht einem Teilbereich des im Krankenhausplan ausgewiesenen Leistungsbereichs (*zur Zulässigkeit einer solchen Beschränkung vgl BSG vom 19.11.1997 - 3 RK 6/96 - BSGE 81, 182, 185 = SozR 3-2500 § 109 Nr 5 S 37 f = juris RdNr 16 <Hyperthermie>*). Der für die Bestimmung des Bedarfs nach § 109 Abs 3 Satz 1 Nr 3 SGB V maßgebliche fachliche Vergleichsbereich bestimmt sich damit nach dem in den Weiterbildungsordnungen definierten Teilfachgebiet "Psychosomatische Medizin". Einer weitergehenden Beschränkung des durch die maßgebliche Weiterbildungsordnung definierten Gebiets Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bedarf es hier nicht. Es ist nicht ersichtlich, dass die Klinik ein auch innerhalb dieses Gebiets nur auf spezielle Behandlungsarten oder Patientengruppen beschränktes Versorgungsangebot vorhalten möchte. Ausgehend von diesem fachlichen Vergleichsbereich ist zu prüfen, ob der psychosomatische Versorgungsbedarf im räumlichen Einzugsbereich der Klinik der Klägerin durch die im Krankenhausplan für die Gebiete Psychiatrie und Psychosomatik gemeinsam ausgewiesenen Kapazitäten der Plankrankenhäuser tatsächlich gedeckt wird (*vgl BSG vom 19.11.1997 aaO*).
- 29 b) Auch die Bestimmung des räumlichen Einzugsbereichs hat sich an dem Versorgungsangebot des Krankenhauses zu orientieren. Ein der Grundversorgung zuzurechnendes Versorgungsangebot ist in der Regel nur bedarfsgerecht, wenn es wohnortnah zur Verfügung steht, weshalb der räumliche Einzugsbereich an die kommunale Gliederung angeknüpft werden kann (*vgl BSG vom 16.5.2012 - B 3 KR 9/11 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 25 RdNr 65*). Regionale Besonderheiten, wie eine die kommunalen Grenzen überschreitende Inanspruchnahme der Leistungen, etwa aufgrund einer Randlage, sind zu berücksichtigen (*vgl BSG vom 26.4.2001 - B 3 KR 18/99 R - BSGE 88, 111 = SozR 3-2500 § 109 Nr 8 S 53 f = juris RdNr 17; BSG vom 16.5.2012, aaO, RdNr 66*). Bei Krankenhäusern, die aufgrund des spezialisierten Versorgungsangebotes auf einen größeren, überörtlichen Bereich zugeschnitten sind, ist der Einzugsbereich entsprechend weiter festzulegen (*BSG vom 16.5.2012, aaO, RdNr 65*).

- 30 Das voll- und teilstationäre psychosomatische Versorgungsangebot der Klinik der Klägerin ist der Grundversorgung zuzurechnen. Es ist nicht auf besondere Behandlungsmethoden oder seltene Krankheitsbilder innerhalb des Gebiets Psychosomatische Medizin und Psychotherapie spezialisiert und schon deswegen nicht auf einen größeren, überörtlichen Bereich zugeschnitten. Allein die Tatsache, dass die von der Klinik auch angebotene stationäre psychosomatische Rehabilitationsbehandlung überörtlich in Anspruch genommen wird, begründet keinen überörtlichen Einzugsbereich für die begehrte Zulassung zur Versorgung mit Krankenhausbehandlung.
- 31 Unabhängig davon spricht gegen den Zuschnitt des Versorgungsangebotes auf einen überörtlichen Bereich, dass es auch eine teilstationäre Versorgung einschließt. Eine teilstationäre Versorgung ist nach der gesetzlichen Gesamtkonzeption dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht auf eine Aufnahme rund um die Uhr ausgerichtet ist, sondern nur jeweils zumindest einen Teil eines Tages umfasst (*stRspr*; vgl BSG vom 19.4.2016 - B 1 KR 21/15 R - BSGE 121, 87 = SozR 4-2500 § 109 Nr 54, RdNr 12; BSG vom 13.12.2016 - B 1 KR 1/16 R - BSGE 122, 170 = SozR 4-2500 § 31 Nr 28, RdNr 25; BSG vom 26.4.2022 - B 1 KR 5/21 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 34 RdNr 21; BSG vom 20.3.2024 - B 1 KR 37/22 R - BSGE 137, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr 38, RdNr 24). Anders als bei der vollstationären Behandlung wird der Lebensmittelpunkt des Patienten für die Behandlungsdauer nicht aus dem häuslichen Bereich in das Krankenhaus verlagert (vgl BSG vom 2.4.2025 - B 1 KR 31/23 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 40 RdNr 18 mwN), sondern es ist eine tägliche Rückkehr in die häusliche Umgebung vorgesehen. Das Angebot einer teilstationären Behandlung steht aufgrund der damit verbundenen Wegezeiten einem überörtlichen Einzugsbereich entgegen.
- 32 c) Dem Krankenhausplan kommt hinsichtlich der Bedarfsfeststellung keine Tatbestands- oder Bindungswirkung zu. Die Gerichte können aber auf die im Krankenhausplan ausgewiesenen Bedarfe und deren Deckung durch die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser zurückgreifen, wenn die dem Krankenhausplan zugrundeliegende Berechnung zutrifft (*dazu aa*). Die damit vorausgesetzte gerichtliche Überprüfung des Krankenhausplans im Rechtsstreit um den Abschluss eines echten Versorgungsvertrages (vgl BSG vom 16.5.2012 - B 3 KR 9/11 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 25 RdNr 43) muss nicht zwingend alle der Planung zugrundeliegenden Tatsachen umfassen. Die Amtsermittlungspflicht nach § 103 SGG erfordert nur solche Ermittlungen, die der aktenkundige Sachverhalt und der Vortrag der Beteiligten nahelegen (*dazu bb*). Die Gerichte dürfen sich deshalb ohne weitere Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Festlegungen des Krankenhausplans auf eine Plausibilitätsprüfung beschränken (*dazu cc*).
- 33 aa) In der Rechtsprechung ist anerkannt, dass für die Feststellung des fehlenden Bedarfs auch auf die im Krankenhausplan ausgewiesenen Bedarfe und deren Deckung durch die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser zurückgegriffen werden kann, wenn die dem Krankenhausplan zugrundeliegende Berechnung zutrifft (vgl BSG vom 20.11.1996 - 3 RK 7/96 - SozR 3-2500 § 109 Nr 3 S 31 = *juris* RdNr 18). Der Krankenhausplan ist zwar im Rechtsstreit um den Abschluss eines echten Versorgungsvertrages von den Gerichten voll zu überprüfen (vgl BSG vom 16.5.2012 - B 3 KR 9/11 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 25 RdNr 43). Grundsätzlich ist aber dabei davon auszugehen, dass das Verfahren zur Aufstellung des Krankenhausplans unter Beteiligung der Krankenkassen als Kostenträger und der Krankenhäuser nach § 6 Abs 2 KHG in seiner landesrechtlichen Ausgestaltung (*hier § 12 Abs 2, § 13 Abs 1 iVm § 15 Abs 1 und 3, § 14 KHGG NRW*) eine Gewähr für die zutreffende Ermittlung der Bedarfe und deren Deckung durch die im Krankenhausplan vorgesehenen und durch Feststellungsbescheide in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser bietet (*so auch Knittel in Krauskopf, SGB V, § 109 RdNr 15, Stand 103. EL Juni 2019*).
- 34 bb) Die Pflicht zur vollständigen Überprüfung besagt nicht, dass vom Gericht auch in jedem Fall die dem Krankenhausplan zugrundeliegenden Tatsachen zum Umfang des Bedarfs im fachli-

chen Vergleichsbereich und räumlichen Einzugsbereich des einen Versorgungsvertrag begehrenden Krankenhauses durch eigene Sachverhaltsermittlung zu überprüfen sind. Zwar ermittelt das Gericht den entscheidungserheblichen Sachverhalt, hier zum Bestehen eines Versorgungsbedarfs, von Amts wegen (§ 103 Satz 1 SGG). Dabei ist es Sache der Beteiligten, einen dem Gericht nicht bekannten Sachverhalt geltend zu machen und so zu konkretisieren, dass für das Gericht die rechtliche Relevanz und der Anlass für Ermittlungen erkennbar wird (vgl. BSG vom 20.3.2007 - B 2 U 9/06 R - juris RdNr 16). Das Gericht muss nur solche Ermittlungen anstellen, die der aktenkundige Sachverhalt und der Vortrag der Beteiligten nahelegen (Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG, 14. Aufl. 2023, § 103 RdNr 7 mit Nachweisen aus der Rspr. des BSG und des BVerwG). Es muss nicht jeder Behauptung nachgehen (vgl. BSG vom 17.10.2018 - B 9 V 20/18 B - juris RdNr 19) und darf auch einen Beweisantrag als rechtsmissbräuchlich ablehnen, wenn willkürliche, aus der Luft gegriffene Behauptungen aufgestellt werden, für die jede Tatsachengrundlage fehlt (vgl. BSG vom 12.12.1995 - 5 RJ 26/94 - BSGE 77, 140, 144 = SozR 3-2200 § 1248 Nr 12 S 46 = juris RdNr 25; BSG vom 19.10.2011 - B 13 R 33/11 R - juris RdNr 26; vgl. auch BVerfG <Kammer> vom 9.10.2007 - 2 BvR 1268/03 - juris RdNr 19; BVerfG 10.2.2009 - 1 BvR 1232/07 - juris RdNr 26 mwN; Hintz in BeckOK SozR, § 103 SGG RdNr 2, Stand 1.3.2026). Die Gerichte können sich bei der gebotenen Plausibilitätsprüfung damit zunächst auf die Einhaltung des sich aus dem KHG und dem maßgeblichen Krankenhausplanungsrecht des Landes abzuleitenden rechtlichen Rahmens der Krankenhausplanung und die Nachvollziehbarkeit der dem Krankenhausplan zugrundeliegenden Annahmen und Berechnungen zum Bedarf und dessen Deckung durch die in den Plan aufgenommenen Krankenhäuser beschränken.

- 35 cc) Anlass zu Sachverhaltsermittlungen besteht erst, wenn Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Festlegungen des Krankenhausplans zum Bedarf und zur Bedarfsdeckung im fachlichen Vergleichsbereich und räumlichen Einzugsbereich des Krankenhauses offensichtlich sind oder von einem Beteiligten aufgezeigt werden. Dies kann der Fall sein, wenn sich die Versorgungsstruktur seit der Aufstellung des Krankenhausplans geändert hat (etwa durch Wegfall eines Versorgungsangebotes infolge Schließung eines Krankenhauses oder einer Abteilung) oder wenn Anhaltspunkte bestehen, dass der im Krankenhausplan festgestellte Bedarf durch die Plankrankenhäuser und Hochschulkliniken tatsächlich nicht gedeckt wird. Steht ein spezielles Versorgungsangebot, etwa mit einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode (vgl. BSG vom 19.11.1997 - 3 RK 6/96 - BSGE 81, 182, 185 = SozR 3-2500 § 109 Nr 5 S 37 = juris RdNr 16) im Raum, bedarf es der Ermittlung, ob diese spezielle Versorgung durch die in den Plan aufgenommenen Krankenhäuser überhaupt und - wenn ja - in ausreichendem Maße angeboten wird.
- 36 Nach den den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) sind Anhaltspunkte für die Unrichtigkeit der Festlegungen des Krankenhausplans im vorliegenden Fall nicht ersichtlich (dazu nachfolgend 2.). Es fehlt insoweit auch an Verfahrensrügen (§ 164 Abs 2 Satz 3 SGG).
- 37 2. Nach den nicht mit Verfahrensrügen angegriffenen und den Senat damit bindenden Feststellungen (§ 163 SGG) des LSG ist das Versorgungsangebot der Klägerin für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung der Versicherten nicht erforderlich.
- 38 a) Das LSG ist zutreffend davon ausgegangen, dass das Versorgungsangebot der Grundversorgung zuzurechnen ist. Es hat als maßgeblichen räumlichen Einzugsbereich das Versorgungsgebiet 10 des Krankenhausplans 2022 herangezogen. Das LSG hat festgestellt, dass der Bedarf an psychosomatischer Krankenhausbehandlung in diesem räumlichen Einzugsbereich durch die Plankrankenhäuser vollständig gedeckt wird. Es hat dazu ausgeführt, dass der im Krankenhausplan für den räumlichen Einzugsbereich ausgewiesene prognostische Bedarf an psychiatrischer und psychosomatischer Krankenhausversorgung den in den maßgeblichen Feststellungsbescheiden für das Versorgungsgebiet ausgewiesenen Soll-Kapazitäten entspreche und das von

der Klägerin vorgelegte Parteigutachten nicht geeignet sei, die Annahmen des Krankenhausplans zur Bedarfsprognose zu widerlegen.

- 39 Offengelassen hat das LSG lediglich, ob fachlicher Vergleichsbereich der Leistungsbereich nach dem integrativen Versorgungskonzept des Krankenhausplans 2022 ist oder allein das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nach den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe maßgebend ist. Einer Entscheidung hierüber bedurfte es auch nicht. Denn Auswirkungen für die Bedarfsermittlung und -deckung hätte der größere Umfang des nach dem Krankenhausplan maßgebenden Leistungsbereichs nur dann, wenn der im Krankenhausplan dafür angenommene Bedarf den Teil-Bedarf für das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unterbewertet und den Teil-Bedarf für das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie überbewertet hätte. Nur dann ergäbe sich ein Anhaltspunkt für eine Unterversorgung mit stationärer psychosomatischer Versorgung. Zu einer solchen Annahme bestand für das LSG kein Anlass, nachdem bereits der Krankenhausplan NRW 2015 eine bedarfsgerechte psychosomatische und psychiatrische Versorgung der Bevölkerung gewährleistete (*vgl OVG für das Land Nordrhein-Westfalen vom 16.5.2017 - 13 A 1105/16 - juris RdNr 27 ff*). Nach dem vom LSG festgestellten Inhalt des Krankenhausplans NRW 2022 war dem Bedarf in den einzelnen Gebieten - Psychiatrie und Psychosomatik - innerhalb der Planung der Gesamtkapazitäten Rechnung zu tragen. Das LSG durfte zur Frage der Deckung des in den Krankenhausplänen NRW 2015 und 2022 ausgewiesenen Bedarfs auch auf die ergangenen Feststellungsbescheide zur Aufnahme in den Krankenhausplan (§ 8 Abs 1 Satz 3 KHG, § 16 Abs 1 KHGG NRW) verweisen. Unerheblich ist, ob zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung vor dem LSG bereits Feststellungsbescheide in Bezug auf den Krankenhausplan NRW 2022 ergangen waren. Denn die Feststellungsbescheide zur Aufnahme von Krankenhäusern in den Krankenhausplan NRW 2015 verloren ihre Wirkung nicht bereits allein mit der Aufstellung des Krankenhausplans NRW 2022, ohne dass entsprechende neue Feststellungsbescheide zur Aufnahme der Krankenhäuser in den Krankenhausplan ergangen waren (*vgl OVG für das Land Nordrhein-Westfalen vom 1.9.2025 - 13 B 265/25 - juris RdNr 31*).
- 40 b) Die tatsächlichen Feststellungen des LSG hat die Klägerin nicht mit zulässigen Verfahrensrügen angegriffen.
- 41 Soweit den Ausführungen der Klägerin eine Verfahrensrüge der Verletzung der Amtsermittlungspflicht (§ 103 Satz 1 SGG) oder der Überschreitung der Grenzen der freien Beweiswürdigung (§ 128 Abs 1 Satz 1 SGG) zu entnehmen sein soll, sind diese Rügen nicht ordnungsgemäß begründet worden. Eine ordnungsgemäße Verfahrensrüge setzt die Bezeichnung der Tatsachen voraus, die den behaupteten Mangel ergeben (§ 164 Abs 2 Satz 3 SGG) und aus denen die Möglichkeit folgt, dass das Gericht ohne die geltend gemachte Verfahrensverletzung anders entschieden hätte. Das Revisionsgericht muss in die Lage versetzt werden, sich allein anhand der Revisionsbegründung ein Urteil darüber zu bilden, ob die angegriffene Entscheidung auf einem Verfahrensmangel beruhen kann (*stRspr; vgl BSG vom 10.3.2015 - B 1 A 10/13 R - BSGE 118, 137 = SozR 4-2400 § 90 Nr 1, RdNr 30 mwN*). Diesen Anforderungen wird die Revisionsbegründung nicht gerecht.
- 42 aa) Die Klägerin setzt hinsichtlich des vom LSG zugrunde gelegten räumlichen Einzugsbereichs der Versorgungsregion 10 und der Frage der Bedarfsdeckung durch Plankrankenhäuser lediglich ihre eigenen Wertungen an die Stelle der Feststellungen des LSG. Wenn darin überhaupt eine Rüge der Verletzung des § 103 Satz 1 SGG gesehen werden könnte, legt die Klägerin jedenfalls keine Tatsachen dar, aus denen sich ergibt, dass sich das LSG als Tatsachengericht von seinem sachlich-rechtlichen Standpunkt aus zu weiteren Ermittlungen hätte gedrängt fühlen müssen (*zu den Darlegungsanforderungen an eine zulässige Verfahrensrüge wegen Verletzung*

- 43 bb) Auch soweit die Klägerin sinngemäß rügen sollte, das LSG habe die Grenzen freier Beweiswürdigung (§ 128 Abs 1 Satz 1 SGG) überschritten, bezeichnet sie iS von § 164 Abs 2 Satz 3 SGG nicht alle Tatsachen, die den Mangel ergeben sollen. Im Falle der Rüge eines Verstoßes gegen die Grenzen freier Beweiswürdigung kann das Revisionsgericht nur prüfen, ob das Tatsachengericht bei der Beweiswürdigung gegen Denkgesetze oder allgemeine Erfahrungssätze verstoßen hat, und ob es das Gesamtergebnis des Verfahrens ausreichend und umfassend berücksichtigt hat. Die Beweiswürdigung steht innerhalb dieser Grenzen im freien Ermessen des Tatsachengerichts (§ 128 Abs 1 Satz 1 SGG). Wer diesen Verfahrensverstoß rügt, muss das Vorliegen dieser Voraussetzungen im Einzelnen darlegen (vgl BSG vom 20.3.2024 - B 1 KR 24/22 R - juris RdNr 17 mwN). Daran fehlt es.
- 44 Ihrem Vorbringen, das LSG habe sich mangels eigener Sachkunde nicht über die Ausführungen des Sachverständigen L hinwegsetzen dürfen, ist keine diese Anforderungen erfüllende Verfahrensrüge zu entnehmen. Hier erkennt zudem die Klägerin die "grundsätzliche Bindung des Revisionsgerichts an die tatsächlichen Feststellungen" des LSG ausdrücklich an, ohne substantiiert darzulegen, warum hier eine Ausnahme greifen soll. Insbesondere setzt sich die Klägerin nicht mit den Argumenten des LSG im Einzelnen auseinander, wonach das Gutachten von L von falschen Voraussetzungen ausgegangen sei. Letztlich macht die Klägerin nur geltend, das LSG habe falsch entschieden.
- 45 D. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1 und 3 Satz 1 sowie § 47 Abs 1 Satz 1 GKG.