**5. Senat**
5 A 2201/10

5 K 434/09.KS

# HESSISCHER VERWALTUNGSGERICHTSHOF
# IM NAMEN DES VOLKES
# URTEIL

In dem Verwaltungsstreitverfahren

der GmbH & Co. KG,
vertreten durch den Geschäftsführer,

Klägerin und Berufungsklägerin,

bevollmächtigt: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr,
c/o Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.,
Bauerngasse 7, 55116 Mainz,

gegen

das Land Hessen,
vertreten durch das Regierungspräsidium Gießen,
Landgraf-Philipp-Platz 1 - 7, 35390 Gießen,

Beklagter und Berufungsbeklagter,

beigeladen: 1. Verband der Ersatzkassen e.V. (Vdek),
vertreten durch den Vorstand c/o KHBZ der BARMER GEK Kassel,
Treppenstraße 4, 34117 Kassel,

2. BKK Landesverband in Hessen, vertreten durch den Vorstand,
Stresemannallee 20, 60591 Frankfurt am Main,

3. AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen,
vertreten durch den Vorstand,
Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg,

wegen Abschlag vom Krankenhausbudget

hat der Hessische Verwaltungsgerichtshof - 5. Senat - durch

Vorsitzenden Richter am Hess. VGH Dr. Apell,
Richter am Hess. VGH Schneider,
Richter am Hess. VGH Dr. Jürgens,
ehrenamtliche Richterin Angor,
ehrenamtlichen Richter Wissgott

ohne mündliche Verhandlung am 19. Dezember 2012 für Recht erkannt:

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Verwaltungsgerichts Kassel vom 20. September 2010 - 5 K 434/09.KS - abgeändert und der Genehmigungsbescheid des Regierungspräsidiums Gießen vom 10. April 2009 - VI/62 - 18c04 - 0080-1 - aufgehoben.

Der Beklagte hat die Kosten des gesamten Verfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu tragen.

Das Urteil ist hinsichtlich der festzusetzenden Kosten vorläufig vollstreckbar. Der Beklagte kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung in Höhe der festgesetzten Kosten abwenden, wenn nicht die Klägerin zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

## Tatbestand:

Mit der vom Verwaltungsgericht zugelassenen Berufung wendet sich die Klägerin gegen das Urteil des Verwaltungsgerichts Kassel vom 20. September 2010, durch das dieses ihre Klage, den Genehmigungsbescheid des Regierungspräsidiums Gießen vom 10. April 2009 aufzuheben, abgewiesen hat.

Die Klägerin betreibt eine Klinik in l mit den Fachabteilungen Frauenheilkunde/Geburtshilfe. Das Krankenhaus der Klägerin ist mit Feststellungsbescheid vom 22. Dezember 2005 in den Krankenhausplan des Landes Hessen aufgenommen worden. In der Entgeltverhandlung für das Budgetjahr inigten sich die Klägerin und die Beigeladenen über alle Einzelpositionen des Budgets mit Ausnahme der Frage, ob ein Abschlag wegen der Nichtteilnahme des Krankenhauses der Klägerin an der stationären Not-

fallversorgung zu berücksichtigen sei. Mit Bescheid vom 14. März 2008 genehmigte der Beklagte die zwischen den Beteiligten vereinbarte vorläufige Budget- und Entgeltvereinbarung für das Jahr

Mit dem Antrag vom 8. Mai 2008 begehrte die Klägerin bei der Schiedsstelle für die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze in Hessen für das Budgetjahr den Abschlag für die Nichtteilnahme an der stationären Notfallversorgung gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG - auf 0,00 € festzusetzen. Zur Begründung trug sie vor, das Krankenhaus sei von den Trägern des Rettungsdienstes seit Jahren in die Notfallversorgung im Rettungsdienstbereich Stadt - und Landkreis eingebunden; es sei also für die Notfallversorgung zugelassen. Dem ist der Beklagte im Schiedsstellenverfahren mit der Auffassung entgegengetreten, sowohl der Wortlaut des § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG als auch die Bundesvereinbarung hätten eine unabdingbare und damit umfassende Notfallversorgung vor Augen. Das Krankenhaus der Klägerin erfülle drei der vier in der Bundesvereinbarung geregelten Voraussetzungen nicht.

Mit Schiedsspruch vom 18. August 2008 (Sch. 12/2008 [2007]) setzte die Schiedsstelle den Abschlag für die Nichtteilnahme der Klägerin an der Notfallversorgung für den Entgeltzeitraum auf 238.500 € fest. Zur Begründung führte sie aus, das Krankenhaus sei als Plankrankenhaus der Akutversorgung für die Notfallversorgung zugelassen. Aus der entsprechenden Bestätigung des örtlichen Rettungsdienstträgers ergebe sich darüber hinaus, dass das Krankenhaus die geforderte Meldung gegenüber der Rettungsleitstelle abgegeben habe und in deren rettungsdienstlichen Strukturen eingebunden sei. Für die Erfüllung des Kriteriums "Aufnahmebereitschaft" reiche auch die von der Klägerin vorgetragene Organisation mit Belegärzten und angestellten Assistenzärzten aus. Mit der Vorhaltung von vier Behandlungsplätzen in der Intermediate-Care-Station sei jedoch die Möglichkeit der Intensivüberwachung und -beatmung nicht gewährleistet.

Den Antrag der Klägerin vom 1. September 2008 an das Regierungspräsidium Gießen, dem Schiedsspruch vom 18. August 2008 die Genehmigung zu versagen, lehnte dieses mit Bescheid vom 10. April 2009 ab und genehmigte den Schiedsspruch. Zur Begründung wurde ausgeführt, im Feststellungsbescheid vom 9. Januar 2005 seien dem Krankenhaus

der Klägerin Aufgaben der Notfallversorgung nicht zugewiesen worden. Bereits aus diesem Grund sei ein Abschlag wegen Nichtteilnahme des Krankenhauses an der Notfallversorgung gerechtfertigt, ohne dass es auf die Erfüllung der weiteren Kriterien ankomme.

[illegible]

Am 28. April 2009 hat die Klägerin Klage erhoben. Sie ist der Auffassung, der Schiedsstellenspruch und der Genehmigungsbescheid des Regierungspräsidiums seien rechtswidrig, da die Klinik der Klägerin an der Notfallversorgung teilnehme und deshalb ein Abschlag nicht gerechtfertigt sei. Für die nach § 2 Abs. 1 Satz 2 der Bundesvereinbarung über Regelungen für Zu- und Abschläge gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG erforderliche Zulassung zur Notfallversorgung bedürfe es keines besonderen Versorgungsauftrages. Entscheidend sei - wie sich auch aus dem weiteren Merkmal in § 2 Abs. 1 der Bundesvereinbarung (Meldung gegenüber der Rettungsleitstelle) ergebe - die tatsächliche Einbindung des Krankenhauses in die rettungsdienstliche Organisation. Durch die planungsrechtliche Zuweisung der Notfallversorgung wolle die Krankenhausplanungsbehörde lediglich einzelne Krankenhäuser verpflichten, die Aufgaben im Rahmen der Gefahrenabwehr wahrzunehmen. Dies bedeute jedoch nicht, dass alle anderen Krankenhäuser nicht berechtigt wären, an der Notfallversorgung teilzunehmen. Auch aus § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG folge, dass es für die Abrechnung der Behandlung von Notfallpatienten keines besonderen Versorgungsauftrages bedürfe. Die Klägerin erfülle das Kriterium "Aufnahmebereitschaft Tag und Nacht sowie an Wochenenden" und sei durch die Meldung gegenüber der Rettungsleitstelle in die Notfallversorgung eingebunden. Schließlich erfülle die Klinik auch das vierte Merkmal des § 2 Abs. 1 der Bundesvereinbarung, nämlich die Möglichkeit der Intensivüberwachung sowie der Intensivbeatmung. Für diese Fälle stünden vier Behandlungsplätze auf der Intermediate-Care-Station (IMC) zur Verfügung. Neben einem umfangreichen Instrumentarium für schwierige Intubationen werde im OP, IMC und im Kreißsaal ein Monitoring für die Herzkreislaufüberwachung inklusive der Möglichkeit, den Blutdruck gegebenenfalls auch intraarteriell zu messen, vorgehalten. Ferner sei neben den Narkose- und Beatmungsapparaten im OP ein eigenes Narkose- und Beatmungsgerät im Kreißsaal stationiert, um dort operative Notfalleingriffe durchführen zu können. Dadurch, dass diese Geräte mobil und

die erforderlichen Gasanschlüsse im Kreißsaal und IMC vorhanden seien, sei die Klinik jederzeit in der Lage, Patienten auch außerhalb der OP-Räumlichkeiten zu beatmen beziehungsweise eine Intensivüberwachung sicherzustellen.

Die Klägerin hat beantragt,

> den Genehmigungsbescheid des Regierungspräsidiums Gießen vom 10. April 2009 aufzuheben.

Der Beklagte hat beantragt,

> die Klage abzuweisen.

Er vertrat die Auffassung, sein Genehmigungsbescheid, durch den die Festsetzung eines Abschlags wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung durch die Schiedsstelle genehmigt worden sei, begegne keinen rechtlichen Bedenken. Müsse ein Krankenhaus durch einen entsprechenden Feststellungsbescheid des Landes für die Notfallversorgung zugelassen sein, sei der Genehmigungsbescheid bereits deshalb rechtmäßig, weil die Klägerin eine solche Zulassung nach dem Landeskrankenhausplanungsrecht nicht besitze. Sei die Entscheidung über den Abschlag wegen Nichtteilnahme an der Notfallversorgung im Sinne von § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG wegen des Vorranges bundrechtlicher Regelungen von der Erfüllung der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abhängig, so erfülle die Klinik der Klägerin diese Voraussetzungen nicht. Die Mindestvoraussetzungen für die ergänzende Notfallversorgung nach dem Hessischen Krankenhausrahmenplan erfülle die Klägerin bereits deshalb nicht, weil sie die Notfallversorgung nur für bestimmte, nämlich Fälle der Geburtshilfe anbiete und nicht das geforderte gesamte Spektrum abdecken könne. Auch erfülle die von der Klägerin vorgehaltene Intermediate-Care-Station nicht die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 der Bundesvereinbarung. Eine solche Station sei nach der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin zwischen einer Normal- und einer Intensivstation angesiedelt.

Die vom Verwaltungsgericht mit Beschluss vom 29. April 2009 zum Verfahren Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt und sich zum Verfahren nicht geäußert.

Das Verwaltungsgericht hat die Klage mit Urteil vom 20. September 2010 abgewiesen und die Berufung gegen dieses Urteil zugelassen. Zur Begründung der Klageabweisung hat es ausgeführt, der Beklagte habe die Festsetzung eines Abschlags durch die Schiedsstelle wegen Nichtteilnahme der Klägerin an der Notfallversorgung zu Recht genehmigt. Denn die Klägerin erfülle nicht die Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Satz 2 der Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft vom 15. Dezember 2000 über Regelungen für Zu- und Abschläge gemäß § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG. Die Klägerin sei nicht zur stationären Notfallversorgung zugelassen. Ihr seien weder durch den Hessischen Krankenhausrahmenplan, noch durch den in dessen Ausführung ergangenen krankenhausplanungsrechtlichen Feststellungsbescheid vom 22. Dezember 2005 Aufgaben der Notfallversorgung zugewiesen worden. Nach dem Inkrafttreten des HKHG 2002 zum 1. Januar 2003 formuliere der nach Versorgungsgebieten gegliederte Krankenhausplan gemäß § 17 Abs. 3 HKHG auch Anforderungen an die stationäre Notfallversorgung. § 19 Abs. 2 HKHG sehe ausdrücklich die Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung vor. Diese fehlende krankenhausplanerische Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung könne auch nicht durch die tatsächliche Einbindung in rettungsdienstliche Strukturen auf örtlicher Ebene geheilt werden. Denn in welchem Umfang ein Krankenhaus zur Versorgung durch Gewährung von Krankenhausbehandlungen zugelassen sei, obliege nicht einer Abstimmung zwischen dem Krankenhaus und dem Träger des Rettungsdienstes auf örtlicher Ebene, sondern werde durch die von den Ländern zur Verwirklichung der in § 1 KHG genannten Ziele aufzustellenden Krankenhauspläne bestimmt. Eine Teilnahme der Klägerin an der in Betracht kommenden ergänzenden Notfallversorgung scheitere bereits daran, dass diese nicht über eine Abteilung Innere Medizin verfüge und daher nicht die Mindestanforderungen des Hessischen Krankenhausrahmenplans 2005, die nach Ziffer 4.4. des Hessischen Krankenhausrahmenplan 2009 erkennbar fortgelten würden, erfülle. Wenn die Klägerin nach ihrem Vortrag trotzdem tatsächlich Kapazitäten für die Aufnahme und Be- handlung von Notfallpatienten vorhalte, tue sie dies auf freiwilliger Basis, ohne dass damit eine Suspendierung der zwingend vorgesehenen Abschlagsregelung einhergehe.

Mit Schriftsatz vom 21. Oktober 2010 hat der Bevollmächtigte der Klägerin die vom Verwaltungsgericht im Urteil vom 20. September 2010 zugelassene Berufung eingelegt und zur Begründung ausgeführt, das Verwaltungsgericht sei zu Unrecht davon ausgegangen, dem Krankenhaus der Klägerin fehle die Zulassung zur stationären Notfallversorgung. Nach § 108 Nr. 2 SGB V sei jedes Krankenhaus, das in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sei, zur stationären Notfallversorgung berechtigt und nach § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V sogar dazu verpflichtet. Dies ergebe sich auch aus § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG, nach dem das Entgelt für die Behandlung von Notfallpatienten außerhalb des planungsrechtlich vorgesehenen Versorgungsauftrages abgerechnet werden dürfe. Die Zulassung zur stationären Notfallversorgung nach § 2 Abs. 1 der Vereinbarung der Vertragspartner auf Bundesebene könne bereits deshalb nicht von einer krankenhausplanungsrechtlichen Zuweisung zur Notfallversorgung abhängig gemacht werden, da in der überwiegenden Zahl der Bundesländer eine solche planungsrechtliche Zuweisung nicht bestehe. Dies werde auch durch das zweite Merkmal des § 2 Abs. 1 der Bundesvereinbarung - Meldung gegenüber der Rettungsleitstelle oder einer anderweitig benannten stationären Notfallstelle - deutlich. Aus diesem Merkmal folge, dass nicht auf planungsrechtliche Vorgaben abzustellen sei, sondern auf die tatsächliche Einbindung des Krankenhauses in die rettungsdienstliche Organisation. Die krankenhausplanungsrechtliche Zuweisung der Notfallversorgung verpflichte diese Krankenhäuser, die Notfallversorgung in jedem Fall sicherzustellen und bilde die untere Grenze des Niveaus der notfallmedizinischen Versorgung, könne aber nicht zwingendes Krankenhausfinanzierungsrecht - etwa § 8 Abs. 2 Ziffer 2. KHEntgG - einschränken. Weder § 17b Abs.1 Satz 4 KHG noch § 2 Abs. 1 der Bundesvereinbarung enthielten eine wie auch immer geartete Landeskompetenz zur Regelung dieses bundeseinheitlichen Finanzierungstatbestandes. Entgegen der Auffassung des Beklagten erfülle die Intermediate-Care-Station im Krankenhaus der Klägerin auch das vierte Merkmal des § 2 Abs. 1 Satz 2 der Bundesvereinbarung, denn sie verfüge über die notwendige apparative Ausstattung und halte das für die Notfallversorgung erforderliche ärztliche Personal einschließlich des Funktionspersonals im Operations-, Anästhesie- und Empfangsdienst vor. Entsprechende Bereitschaftsdienstpläne für die Notfallversorgung habe die Klägerin vorgelegt. Es stünden für die Notfallversorgung vier Behandlungsplätze zur Verfügung; dort würden Notfallpatienten intensivmäßig überwacht und beatmet. Im

Jahr seien insgesamt 440 Notfalleinsätze erfolgt, was eindeutig belege, dass im Krankenhaus der Klägerin die Möglichkeit der Intensivüberwachung und Intensivbeatmung gegeben sei. Die Bundesvereinbarung stelle in diesem Zusammenhang weder auf eine bestimmte Organisationsform ab, noch schreibe sie die Vorhaltung bestimmter Fachabteilungen vor. Soweit der Beklagte die Einbindung der Klinik der Klägerin in die rettungsdienstlichen Notfallversorgungsstrukturen mit Hinweis auf die Definition des Krankentransports in § 3 Abs. 3 HRDG - aufgrund ärztlicher Beurteilung notwendige Beförderung und damit im Zusammenhang stehende fachliche Betreuung von Kranken, Verletzten oder hilfsbedürftigen Personen, die keine Notfallpatientinnen oder Notfallpatienten sind - in Zweifel ziehe, ergebe sich bereits aus den vom Beklagten selbst vorgelegten Unterlagen des Rettungsdienstes, dass jedenfalls 87 Notfalleinsätze dokumentiert seien. Allein die Ausführungen zu dem nicht mehr auswertbaren Archivmaterial gäben jedoch Anlass zu der Überlegung, dass es sich dabei nur um einen kleinen Teil der Notfalleinsätze beziehungsweise Notfallzuweisungen an die Klinik der Klägerin handele. Aus den vorgelegten Protokollen und Berichten ergebe sich jedenfalls, dass die Einsätze als "gyn. Notfälle" ausgewiesen worden seien und die jeweilige Notfallsituation beschriebenen werde (z.B. Fruchtblase geplatzt, starke Blutungen, starke Schmerzen im Unterbauch, Risikoschwangerschaft, Fruchtwasserabgang). Hinsichtlich der gynäkologischen Notfallversorgung seien für das Rettungsdienstpersonal und auch die Notärzte die Notwendigkeit einer Notfallversorgung und die weiteren Behandlungserfordernisse im Vorfeld nur sehr schwer abschätzbar, so dass der Umfang der Notfallversorgung bei der Einlieferung der Patientinnen im Regelfall erst von der Klinik bestimmt werde. Diesen Anforderungen werde die Klinik der Klägerin gerecht: es bestehe die Aufnahmebereitschaft für diese Notfälle in vollem Umfang und es würden die Möglichkeiten der Intensivversorgung vorgehalten. Zu den Ausführungen der Beigeladenen - gestützt auf die Darlegungen des MDK Hessen - zur Möglichkeit der Intensivüberwachung und Intensivbeatmung sei darauf hinzuweisen, dass die erforderlichen Beatmungsgeräte und das erforderliche ärztliche und pflegerische Personal von Seiten der Klinik vorgehalten würden, und dass die Wirksamkeit der Behandlungsmaßnahmen nicht dadurch geschmälert werde, dass sie in einem Aufwachraum stattfänden. Für die Notfallversorgung stünden nicht nur Fachärzte, sondern auch Anästhesiepflegekräfte rund um die Uhr zur Verfügung, wobei sich die Anäs- thesiepflegekräfte vor Ort befänden und auch fachlich in der Lage seien, im Zusammenspiel mit den anwesenden Assistenzärzten einen

Notfall bis zum Eintreffen des Anästhe- siearztes zu betreuen. Die ständige Präsenz einer Pflegekraft rund um die Uhr - zur Versorgung von Notfällen - sei in der Klinik der Klägerin im Jahre 2007 gegeben gewesen. Nach allgemeinen Personalbedarfsberechnungen reichten dafür 5 Vollzeitpflegekräfte aus. Die Wunschvorstellung des MDK, ein zweites Notfallteam sei vorzuhalten, decke sich nicht mit den Anforderungen der maßgeblichen Bundesvereinbarung, in der lediglich von der Möglichkeit der Intensivüberwachung und Intensivbeatmung gesprochen werde. Jede Klinik gerate in Versorgungsprobleme, wenn mehrere Notfälle gleichzeitig aufträten. Auch hier sei bei der Bewertung zu berücksichtigen, dass die Bundesvereinbarung hierzu weder personelle, noch organisatorische und strukturelle Vorgaben mache. Zu den geäußerten Zweifeln an der Qualifikation der Assistenzärzte sei darauf hinzuweisen, dass es keine Qualitätsvorgaben der entsprechenden Fachgesellschaften (Anästhesie oder Intensivmedizin) über den Zeitraum zwischen Beginn der Atemunterstützung und dem Anschluss an ein mechanisches Beatmungsgerät gebe. Wesentlich für das Überleben sei die Zufuhr von ausreichendem Sauerstoff und dem Auswaschen von Kohlenstoffdioxid.

Die Klägerin beantragt,

> unter Abänderung des Urteils des Verwaltungsgerichts Kassel vom 20. September 2010 - 5 K 434/09.KS - den Genehmigungsbescheid des Beklagten vom 10. April 2009 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt sinngemäß,

> die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung führt er aus, in Hessen gebe es drei Kategorien der Notfallversorgung, die unabdingbare, die spezielle und die sogenannte ergänzende Notfallversorgung. Der dritten Kategorie - der ergänzenden Notfallversorgung - würden Krankenhäuser zugeordnet, die die Mindestvoraussetzungen nach dem Hessischen Krankenhausrahmenplan für die Teilnahme an einer Notfallversorgung erfüllten, die jedoch im Rahmen der Auswahlentscheidungen zur unabdingbaren Notfallversorgung unberücksichtigt geblieben seien. Krankenhäuser, die keiner Kategorie der Notfallversorgung zugeordnet worden seien, könnten in

Abstimmung mit dem Träger des Rettungsdienstes auf örtlicher Ebene im Rahmen ihrer organisatorischen und fachlichen Voraussetzungen in die rettungsdienstlichen Strukturen eingebunden bleiben. Vor dem qualitativen Hintergrund der in Krankenhausrahmenplan definierten Mindestanforderungen sei jedoch nicht jedes Krankenhaus von dem Abschlag im Sinne des § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG auszunehmen, welches tatsächlich an der Notfallversorgung teilnehme. Ziffer 1 und 4 der Bundesvereinbarung - also die Zulassung sowie die Möglichkeit der Intensivüberwachung und -beatmung - seien so zu interpretieren, dass das Spektrum der Mindestvoraussetzungen für die ergänzende Notfallversorgung vorgehalten werden müsse, um von dem vorgenannten Abschlag ausgenommen zu werden. Diese Voraussetzungen erfülle die Klägerin nicht, denn sie halte keine ausreichenden intensivmedizinischen Kapazitäten vor. Die von der Klägerin betriebene Intermediate-Care-Station liege in ihrer Versorgungsstufe zwar oberhalb einer Normalstation, jedoch deutlich unterhalb einer Intensivstation. Für eine IMC sei es nicht erforderlich, entsprechend geschultes Personal vorzuhalten, wie es beim Betrieb einer Intensivstation zwingend vorgeschrieben sei. Dementsprechend erfülle eine solche Station nicht die von der Bundesvereinbarung geforderte Möglichkeit der Intensivüberwachung und -beatmung. Darüber hinaus seien die notwendigen Fachabteilungen, wie sie im Hessischen Krankenhausrahmenplan gefordert würden, nicht vorhanden, denn das Krankenhaus der Klägerin habe keinen Versorgungsauftrag für eine Abteilung Innere Medizin. Zudem sei das Krankenhaus nach den Vorschriften des Hessischen Rettungsdienstgesetzes auch nicht in den Rettungsdienst eingebunden. Gemäß § 3 Abs. 4 HRDG seien Notfallpatientinnen und -patienten Personen, die sich infolge einer Erkrankung, Verletzung, Vergiftung oder aus sonstigen Gründen in unmittelbarer Lebensgefahr befänden oder bei denen diese zu erwarten sei oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten seien, wenn keine schnellstmögliche notfallmedizinische Versorgung oder Überwachung und gegebenenfalls eine Beförderung zu weiterführenden diagnostischen oder therapeutischen Einrichtungen erfolge. Ausweislich der übermittelten Informationen des Rettungsdienstbereichs Kassel sei die Klinik der Klägerin wohl grundsätzlich nur im Rahmen des Krankentransports, nicht aber im Rahmen der Notfallversorgung in den Rettungsdienst eingebunden. Aus dem Bereichsplan des Jahres 2005, der auch im streitgegenständlichen Jahr [illegible] Anwendung gefunden habe, werde die Klinik als Spezialklinik ausgewiesen. Nach dem Feststellungsbescheid der Planungsbehörde vom 22. Dezember 2005 sei der Klinik jedoch keine Aufgabe der speziellen

Notfallversorgung zugewiesen worden. Schließlich folge aus Abs. 5 der vorgenannten Vorschrift, dass die Notfallpatienten für die weitere Versorgung und Behandlung in eine geeignete Einrichtung zu befördern seien. Bei der Klinik der Klägerin handele es sich um eine geburtshilfliche Klinik der niedrigsten Versorgungsstufe. Für die Einlieferung vorgesehen seien dort nur "reguläre" Geburten und keine Notfallgeburten mit erhöhtem Entbindungsrisiko. Ausweislich der mit Schriftsatz vom 1. Oktober 2012 zur Akte gereichten Anlage konstatiere die Rettungsleitstelle, dass Notfälle der oben genannten Definition in das Klinikum Kassel und nicht in das Krankenhaus der Klägerin gefahren würden, da dort die entsprechende Versorgung sichergestellt sei.

Die Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt.

Sie sind der Auffassung, dass der Genehmigungsbescheid der Beklagten nicht zu beanstanden sei. Denn die Klägerin erfülle nicht die Voraussetzungen des § 2 der Bundesvereinbarung für die Teilnahme an der Notfallversorgung. Zu dem Vortrag der Klägerin, in der Klinik werde das gesamte Spektrum der gynäkologischen und geburtshilflichen Notfallversorgung erbracht, sei darauf hinzuweisen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) für die Perinatalversorgung verschiedene Qualitätskriterien für Kliniken festgelegt habe, die im gestuften System von der Maximalversorgung im Perinatalzentrum Level 1, über das Perinatalzentrum Level 2 und dem perinatalen Schwerpunkt Level 3 bis hin zur Geburtsklinik Level 4 reichten. Die Klinik der Klägerin könne, da sie die Strukturmerkmale eines perinatalen Schwerpunktes - unter anderem eine 24-Stundenpräsenz eines pädiatrischen (kinderärztlichem) Dienstarztes - nicht erfülle, nur als Geburtsklinik bezeichnet werden. Vor diesem Hintergrund sei festzustellen, dass die Klinik der Klägerin die von dem G-BA vorgegebenen Strukturmerkmale für eine geburtshilfliche Notfallversorgung nicht erfülle, so dass nicht von einer Teilnahme an der Notfallversorgung ausgegangen werden könne. Eine notfallmäßige Behandlung im Rahmen der Teilnahme an der Notfallversorgung setze nämlich voraus, dass die Klinik gezielt durch den Rettungsdienst bei derartigen Notfällen angefahren werde. Nach den Festlegungen des G-BA habe die Klinik dafür Sorge zu tragen, dass Notfälle, also Fälle mit zu erwartenden Komplikationen sowie Frühgeburten noch vor der Entbindung in eine geeignete Klinik einer höheren Versorgungsstufe verlegt würden. Eine gezielte Zuweisung solcher Notfälle über den Rettungsdienst in die Klinik der

Klägerin sei deshalb auch im Jahr 7 nicht zu erwarten gewesen und wohl auch nicht erfolgt. Zu der Möglichkeit der Intensivüberwachung und -beatmung wird ausgeführt, nach den Qualitätsberichten der Klinik für die Jahre betreibe die Anästhesie einen Aufwachraum mit 9 Bettplätzen zur Überwachung nach Operationen. In der Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und Geburtshilfe der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und des Deutschen Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und dem Berufsverband für Frauenärzte, bestätigt durch die DGGG 2010, werde beschrieben, dass ein Aufwachraum ein Überwachungsraum ohne Stationscharakter sei, in dem die frisch Operierte so lange verbleibe, bis sie aus der Narkose erwacht oder wieder im Vollbesitz ihrer Schutzreflexe sei und keine unmittelbaren Komplikationen seitens der Vitalfunktionen mehr zu erwarten seien. Eine Intensivbehandlungseinheit werde als "Betteneinheit für Schwerstkranke, deren vitale Funktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört seien und durch besondere Maßnahmen aufrechterhalten beziehungsweise wiederhergestellt werden müssten", beschrieben. Die von der Klinik der Klägerin betriebene Einheit sei nicht über 24 Stunden personell besetzt, sondern sei so eingerichtet, dass frisch Operierte so lange überwacht werden könnten, bis sie aus der Narkose erwacht oder wieder im Vollbesitz ihrer Schutzreflexe seien. Die apparativen Überwachungs- und Therapiemöglichkeiten seien ähnlich einer Wachstation (Intermedicare-Station). Wesentlicher Bestandteil der Intensivüberwachung und der Intensivbeatmung sei jedoch die personelle Ausstattung einer Überwachungseinheit beziehungsweise Intensivtherapieeinheit. Im Erörterungstermin sei lediglich die apparative Ausstattung des Aufwachraumes demonstriert worden. Der Nachweis, dass organisatorisch und personell sichergestellt sei, dass bei Notfallpatientinnen von außerhalb unmittelbar eine Intensivüberwachung und Intensivbeatmung gewährleistet sei - und dies an 365 Tagen über 24 Stunden - sei nicht vorgeführt worden. So sei kein Dienstplan vorgelegt worden, der eine 24-stündige Anwesenheitsbereitschaft einer Anästhesiekraft gewährleiste. Aus dem Qualitätsbericht der Klinik sei auch nicht ersichtlich, ob es sich bei den fünf Vollkräften um Personal mit einer Weiterbildung in Intensiv- beziehungsweise Anästhesiepflege handele. Aussagen zur Qualifikation beziehungsweise Erfahrung der im Bereich der Intensivüberwachung und Intensivbeatmung der bei den Belegärzten angestellten Assistenzärzten würden ebenfalls nicht getroffen. Soweit der Bevollmächtigte der Klägerin zur Kompetenz

der Assistenzärzte ausführe, es sei für keinen Assistenzarzt notwendig, für die regelhaften 10 Minuten bis zum Eintreffen des diensthabenden Anästhesisten ein Beatmungsgerät zu bedienen, sei darauf hinzuweisen, dass die Beatmung mit einem Ambu-Beutel über einen Zeitraum von 10 Minuten eine Notfallbeatmung darstelle, aber keine suffiziente intensivmedizinische Beatmung entsprechend den allgemeinen Standards einer intensivmedizinischen Versorgung. Mit lediglich fünf Pflegefachvollkräften in der Organisationseinheit Aanästhesie, Intensivüberwachung und Behandlungsraum, Notfallversorgung und Aufwachraum sei die Gewährleistung einer 24-stündigen Anwesenheitsbereitschaft nicht nachzuvollziehen, da mit diesem Stellenschlüssel auch das Versehen von Aufgaben im Tagdienst, Aufwachraum, chirurgischen OP, gynäkologischen OP, Kreißsaal und in der postoperativen Betreuung von Patienten sichergestellt werden müsse.

Der Berichterstatter hat im Rahmen eines Erörterungstermins in der Klinik am 13. März 2012 die Einrichtungen der Klägerin in Augenschein genommen.

Mit Schriftsätzen vom 8., 15. und 21. August, 17. September und 6. November 2012 haben die Beteiligten ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten einschließlich eines Hefters Anlagen des vorliegenden Verfahrens und des beigezogenen Verwaltungsvorgangs (1 Ordner ) Bezug genommen, die Gegenstand der Beratung waren.

# Entscheidungsgründe:

Aufgrund des von den Beteiligten erklärten Einverständnisses mit dieser Verfahrensweise kann der Senat ohne mündliche Verhandlung entscheiden (§ 101 Abs. 2, 125 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung - VwGO -).

Die durch das Verwaltungsgericht im Urteil vom 20. September 2010 zugelassene Berufung der Klägerin ist auch im Übrigen zulässig, insbesondere ist sie fristgerecht begründet worden. Einer Änderung des Aktivrubrums infolge des Kauf- und Betriebsübergabevertrages vom 4. November 2010 zwischen der Klägerin und den el bedarf es nicht, da die Klägerin als Gesellschaft fortbesteht und insoweit weiterhin beteiligungsfähig nach § 61 Nr. 1 VwGO ist. Sie ist im anhängigen Anfechtungsprozess für das Budgetjahr aktivlegitimiert, auch wenn sie seit dem Übergang des Klinikbetriebs nicht mehr werbend tätig ist.

Die Berufung ist auch begründet. Das Verwaltungsgericht hat die Klage der Klägerin auf Aufhebung des Genehmigungsbescheids des Regierungspräsidiums Gießen vom 10. April 2009 zu Unrecht abgewiesen.

Rechtsgrundlage für eine Genehmigung der Schiedsstellenfestsetzung ist § 14 Abs. 1 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen - Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 - KHEntgG - (BGBl. I Seite 1412) in Verbindung mit § 18 Abs. 5 KrankenhausfinanzierungsG (KHG) vom 10. April 1991 (BGBl. I Seite 886), jeweils in der Fassung des Förderalismusreform-Begleitgesetzes (FödRefBeglG) vom 5. September 2006 (BGBl. I Seite 2098). Nach § 14 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG erteilt die zuständige Landesbehörde die Genehmigung, wenn die Festsetzung der Schiedsstelle den Vorschriften dieses Gesetzes sowie sonstigem Recht entspricht. Bei dieser Genehmigung handelt es sich um eine gebundene Entscheidung, auf die beim Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen ein Rechtsanspruch besteht, wie umgekehrt die Genehmigung zu versagen ist, wenn die Schiedsstellenfestsetzung rechtlichen Vorgaben widerspricht (vgl. dazu BVerwG, Urteil vom 21. Januar 1993 - 3 C 66.90 -, BVerwGE 91, 363 [366]).

Der Genehmigungsbescheid des Regierungspräsidiums Gießen vom 10. April 2009 ist rechtswidrig, da der Schiedsspruch der Schiedsstelle vom 18. August 2008 [Sch. 12/ 2008 (2007)] den gesetzlichen Vorgaben widerspricht. Entgegen der Auffassung des Beklagten hat die Schiedsstelle zu Unrecht für das Krankenhaus der Klägerin nach Maßgabe des § 14 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit §§ 5 Abs. 1 Satz 1, 9 Abs. 1 Nr. 3, 4 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG, § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG einen Abschlag für die Nichtteilnahme des Krankenhauses an der stationären Notfallversorgung festgesetzt.

Ausgangspunkt der Betrachtung ist § 17b Abs. 1 KHG. Nach Satz 1 dieser Vorschrift ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschales Vergütungssystem einzuführen. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet (Satz 3). Soweit allgemeine Krankenhausleistungen nicht in die Entgelte nach Satz 1 einbezogen werden können, weil der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt, sind bundeseinheitliche Regelungen für Zu- und Abschläge - unter anderem für die Notfallversorgung - zu vereinbaren. Nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG vereinbaren der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit bindender Wirkung für die Vertragsparteien gemäß § 11 KHEntgG Regelungen über Zu- und Abschläge. Eine solche Vereinbarung haben die Vertragsparteien am 15. Dezember 2000 getroffen. Nach § 2 Ziffer 1 Satz 1 der Vereinbarung erhalten Krankenhäuser, die nicht an der stationären Notfallversorgung teilnehmen, einen Abschlag vom Basisfallwert. Ein Krankenhaus nimmt an der stationären Notfallversorgung teil, sofern es dafür zugelassen ist, eine Aufnahmebereitschaft Tag und Nacht sowie an Wochenenden (gegebenenfalls auch in Zusammenarbeit mit mehreren Krankenhäusern) gewährleistet ist, eine Meldung gegenüber der Rettungsleitstelle oder einer anderweitig benannten stationären Notfallstelle abgegeben wurde und die Möglichkeit der Intensivüberwachung sowie der Intensivbeatmung besteht (Satz 2). Diese kumulativ erforderlichen Voraussetzungen erfüllt das Krankenhaus der Klägerin.

Das Krankenhaus der Klägerin ist im Sinne der vorstehenden Vereinbarung zur Teilnahme an der stationären Notfallversorgung zugelassen. In diesem Zusammenhang ist zunächst festzustellen, dass weder die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene vom 15. Dezember 2000 noch das Krankenhausentgeltgesetz oder das Krankenhausfinanzierungsgesetz konkretere Anforderungen an die Zulassung von Krankenhäusern zur Teilnahme an der stationären Notfallversorgung formulieren. Entgegen der Auffassung des Beklagten lässt sich auch aus der Tatsache, dass dem Krankenhaus der Klägerin nicht durch Feststellungsbescheid nach § 19 Abs. 1 Hessisches Krankenhausgesetz - HKHG - Aufgaben der Notfallversorgung zugewiesen worden sind, nicht der Schluss ziehen, sie sei nicht zur Teilnahme an der stationären Notfallversorgung zugelassen. Hierzu hat der Senat in seinem Urteil vom 5. Oktober 2011 im Verfahren 5 A 1702/10 (GesR 2012, 41 = KHE 2011, 140 = KRS 11.062) ausgeführt:

> "§ 6 KHG normiert, dass die Länder zur Verwirklichung der in § 1 KHG genannten Ziele (wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen) Krankenhauspläne aufstellen. § 17 HKHG regelt Vorgaben für die Landeskrankenhausplanung, auf deren Grundlage die Ziele der §§ 1 KHG und HKHG verwirklicht werden sollen. Nach der gefestigten Rechsprechung des Bundesverwaltungsgerichts kommt dem Krankenhausplan selbst keine Rechtsnormqualität zu. Er ist aufgrund fehlender unmittelbarer Rechtswirkung nach außen vielmehr als eine innerdienstliche Weisung zu qualifizieren, die im Sinne einer ministeriellen Verwaltungsvorschrift die Entscheidungen der nachgeordneten Behörden nach landesweit einheitlichen Gesichtspunkten steuert (BVerwG, Urteile vom 14. April 2011 - 3 C 17.10 -, Juris, und 25. September 2008 - 3 C 35.07 -, BVerwGE 132, 64). Eine verbindliche Regelungswirkung gegenüber dem Krankenhausträger entfaltet erst der Feststellungsbescheid über die Aufnahme/Nichtaufnahme in den Krankenhausplan mit den dort genannten Einzelfestlegungen (§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHG). Verbindlichkeit erlangt dieser Bescheid im Umfang seiner konkreten Feststellungen gemäß § 19 Abs. 1 Satz 3 HKHG auch gegenüber den Sozialversicherungsträgern mit den Folgen der §§ 108, 109 SGB V. In diesem Umfang wird das planaufgenommene Krankenhaus durch § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V dem Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag gleichgestellt. Damit wird ihm der Status eines zur Versorgung der Versicherten zugelassenen Krankenhauses verschafft. An diesen Versorgungsauftrag knüpfen die vergütungsrechtlichen Regelungen der § 17b Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz, Satz 3 KHG, § 8 Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz, Satz 3 1. Halbs. KHEntgG an (vgl. dazu Thomae, Versorgungsauftrag des Krankenhauses, Das Krankenhaus 2008, 725).

Aus dieser Systematik lassen sich jedoch keine Rückschlüsse auf die krankenhausvergütungsrechtliche Zulassung zur Teilnahme an der stationären Notfallversorgung herleiten. Zwar bestimmt § 19 HKHG seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetzes 2002) vom 6. November 2002 (GVBl. I Seite 662), dass der Feststellungsbescheid nach Abs. 1 auch die Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung zum Gegenstand hat. Aus einer fehlenden Z u w e i s u n g von Aufgaben der Notfallversorgung lässt sich jedoch nicht der Schluss ziehen, dass betreffende Krankenhaus sei nicht zur Teilnahme an der stationären Notfallversorgung z u g e l a s s e n .

Nach § 1 Hessisches Rettungsdienstgesetz - HRDG - ist der Rettungsdienst eine öffentliche Aufgabe der Gefahrenabwehr und der Gesundheitsvorsorge. Er hat die bedarfsgerechte, wirtschaftliche und dem aktuellen Stand der Medizin und Technik entsprechende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallversorgung und des Krankentransports sicherzustellen. Vor diesem Hintergrund sieht der Hessische Krankenhausrahmenplan 2005, Ziffer 4.5. (StAnz 2004, 435) - fortgeschrieben im Krankenhausrahmenplan 2009, Ziffer 4.4. - die Notfallversorgung als Fortsetzung der Rettungs- und Versorgungskette zur Sicherstellung einer qualifizierten Weiterversorgung in den Fällen an, in denen eine stationäre Aufnahme zur Erreichung diagnostischer und therapeutischer Ziele medizinisch zwingend erforderlich ist. Zielsetzung der Krankenhausplanung ist daher „in einem Umfeld, in dem sich Krankenhäuser durch die Einführung des pauschalisierenden Vergütungssystems in einem stärker wettbewerblich geprägten Umfeld bewegen und sich zunehmend wirtschaftlichen Herausforderungen stellen müssen, die Notfallversorgung als öffentliche Aufgabe des Landes im Sinne der Daseinsfürsorge und Gefahrenabwehr sicherzustellen“ (Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005 - Besonderer Teil: Regionale Versorgungskonzepte -, Ziffer 1.4.1, StAnZ 2005, 3907 [3909]). Zur Konzeption dieser Sicherstellung der Notfallversorgung wird dort weiter ausgeführt: „Um den versorgungsstrukturellen Aufgaben auf der einen Seite und den veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen auf der anderen Seite gerecht zu werden, stützt sich die hessische Krankenhausplanung auf das Konzept einer unabdingbaren Notfallversorgung: Ausgehend von differenzierten Strukturkriterien werden Anzahl und Standorte der Krankenhäuser festgelegt, deren Teilnahme an der Notfallversorgung als zwingend notwendig erachtet wird. Damit entsteht ein unteres Sicherungsnetz, das verhindern soll, dass Lücken in der raumbezogenen Sicherstellung die Notfallversorgung nachhaltig infrage stellen. Von der Einbindung in die unabdingbare Notfallversorgung geht eine Schutzfunktion für die betreffenden Krankenhäuser aus. Das Konzept der unabdingbaren Notfallversorgung, wie es im Allgemeinen Teil des Krankenhausrahmenplans beschrieben ist und mit dessen Umsetzung implementiert wird, geht (...) von einem unteren Sicherungsnetz aus, das nicht unterschritten werden darf, das es aber unbenommen lässt, weitere Krankenhäuser in die Notfallversorgung einzubinden, wenn dies sachlich und wirtschaftlich geboten ist. Es dient nicht dazu, bestehende, mit den Rettungsdienstträgern und untereinander abgestimmte und funktionale Strukturen vor Ort zu untergraben. Bewährte und leistungsfähige Versor-

gungsarrangements sind in diesem Sinne beizubehalten, soweit die beschriebene Koordination vor Ort stattgefunden hat und die Mindestanforderungen erfüllt sind. Neben den im Allgemeinen Teil des Krankenhausrahmenplans definierten Kategorien der unabdingbaren und der speziellen Notfallversorgung wurde in den geprüften und genehmigten Planungskonzepten (...) zusätzlich eine dritte Kategorie eingeführt, in der alle Krankenhäuser gekennzeichnet sind, die die Mindestanforderungen für die Teilnahme an einer ergänzenden Notfallversorgung erfüllen. Diese Mindestanforderungen sind für ein Krankenhaus dann gegeben, wenn es: - bisher in die Notfallversorgung eingebunden war, - eine Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft an allen Tagen gewährleisten kann, - intensivmedizinische Kapazitäten vorhält und - mindestens die Fachabteilungen Chirurgie und Innere Medizin vorhanden sind, sowie die Fachabteilung Frauenheilkunde und Geburtshilfe, soweit nicht mindestens ein Krankenhaus im entsprechenden Landkreis beziehungsweise der kreisfreien Stadt diese Fachabteilung vorhält. Die in dieser Kategorie aufgeführten Krankenhäuser können damit weiterhin ergänzend an der Notfallversorgung teilnehmen."

Mit dieser Konzeption verfolgt die Landeskrankenhausplanung einen auf die Gefahrenabwehr beziehungsweise die Daseinsfürsorge bezogenen Ansatz zur Sicherstellung der Notfallversorgung. Dies wird auch durch die Begründung der Novellierung des § 19 Abs. 2 HKHG durch das Gesetz zur Weiterentwicklung des Krankenhauswesens in Hessen (Hessisches Krankenhausgesetz 2002) verdeutlicht, in der darauf hingewiesen wird, dass durch die besondere Erwähnung der Aufgaben der Notfallversorgung im Feststellungsbescheid klargestellt werden soll, dass das Krankenhaus in diesem Bereich besondere, die Gestaltungsfreiheit einschränkende Verpflichtungen für die Versorgung der Bevölkerung hat (LT-Drs. 15/3989 zu § 19 Abs. 2). Mit der Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung im Feststellungsbescheid wird das betreffende Krankenhaus verpflichtend in das Konzept der gefahrenabwehrrechtlich unabdingbaren Notfallversorgung einbezogen. Gegenüber denjenigen Krankenhäusern, die im Rahmen der Auswahlentscheidungen zu unabdingbaren Notfallversorgung nicht berücksichtigt werden, jedoch die Mindestvoraussetzungen für die ergänzende Notfallversorgung erfüllen, ergeht nach der unwidersprochenen Berufungsbegründung des Beklagten dagegen kein gesonderter Feststellungsbeschluss.

Diese gefahrenabwehrrechtliche Konzeption der Zuweisung von Aufgaben der Notfallversorgung unterscheidet sich damit sowohl von der Zielsetzung als auch von den normativen Bezügen grundlegend von der krankenhausvergütungsrechtlichen Z u l a s s u n g zur stationären Notfallversorgung. Mit den durch Feststellungsbescheide - und damit mit der Verbindlichkeitsfolge des § 19 Abs. 1 Satz 3 HKHG - in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäusern will das Krankenhausplanungsrecht nur ein gefahrenabwehrrechtlich als zwingend notwendig erachtetes unteres Sicherungsnetz schaffen, ohne mit den Rettungsdienstträgern und untereinander abgestimmte und funktionale Strukturen vor Ort zu untergraben. Für die in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser, die die Voraussetzungen für die ergänzende Notfallversorgung erfüllen (Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005 - Besonderer Teil: Regionale Ver-

> sorgungskonzepte -, Ziffer 2.2), fehlt - wegen der oben dargestellten fehlenden Rechtsnormqualität des Krankenhausplans - bereits die Verbindlichkeitsfolge im Sinne des § 19 Abs. 1 Satz 3 HKHG. Eine Aussage über die krankenhausvergütungsrechtliche Zulassung zur stationären Notfallversorgung im Sinne des § 2 Abs. 1 der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene lässt sich nach allem aus den Bestimmungen der Landeskrankenhausplanung nicht herleiten.
>
> Maßgeblich für die vergütungsrechtliche Zulassung zur Teilnahme an der stationären Notfallversorgung ist daher die Einbindung des Krankenhauses in den Rettungsdienst nach den landesrechtlichen Vorschriften. Nach § 3 Abs. 2 HRDG umfasst die Notfallversorgung die medizinische Versorgung von Notfallpatientinnen und Patienten durch dafür besonders qualifiziertes Personal und die Beförderung in dafür besonders ausgestalteten Rettungsmitteln unter notfallmedizinischen Bedingungen. Träger des bodengebundenen Rettungsdienstes sind die Landkreise und kreisfreien Städte, die diese Aufgabe als Selbstverwaltungsangelegenheit wahrnehmen (§ 5 Abs. 1 HRDG). Die notärztliche Versorgung umfasst auch die p r ä k l i n i s c h e Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten, bei denen unverzüglich lebensrettende Maßnahmen durchzuführen sind, die Transportfähigkeit herzustellen ist und die gegebenenfalls in dafür ausgestatteten Rettungsmitteln in eine für die weitere Versorgung und Behandlung g e e i g n e t e Einrichtung zu befördern sind (§ 3 Abs. 5 Satz 2 HRDG). Die in diesem Sinne geeigneten Einrichtungen sind - da das hessische Rettungsdienstgesetz kein formalisiertes Zulassungsverfahren kennt - diejenigen, die von den Trägern der Rettungsdienste nach den erforderlichen Maßgaben der Notfallversorgung in den Rettungsdienst eingebunden sind. Soweit und solange die krankenhausvergütungsrechtlichen Regelungen - insbesondere die Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene auf der Grundlage des § 17 Abs. 1 Satz 4 KHG in Verbindung mit § 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG - keine konkreteren normativen Anforderungen an die Zulassung zur stationären Notfallversorgung festlegen, ist von einer Z u l a s s u n g im Sinne des § 2 Abs. 1 der Vereinbarung dann auszugehen, wenn das betreffende Krankenhaus durch den Rettungsdienstträger in die regionale Rettungsdienststruktur eingebunden ist."

An dieser Auffassung hält der Senat auch nach erneuter Befassung fest. Zur Verdeutlichung wird im Übrigen darauf hingewiesen, dass sich die Frage der Einbindung in die rettungsdienstliche Struktur der Notfallversorgung des konkreten Rettungsdienstträgers - da, wie bereits ausgeführt wurde, das Hessische Rettungsdienstgesetz kein formalisiertes Zulassungsverfahren kennt - nach den konkreten tatsächlichen Verhältnissen vor Ort beantwortet.

Unter Beachtung dieser Grundsätze ist das Krankenhaus der Klägerin zur Teilnahme an der stationären Notfallversorgung im Sinne des § 2 Abs. 1 der Bundesvereinbarung zugelassen. Ausweislich des Schreibens des Rettungsdienstbereichs Stadt und Landkreis Kas-

l vom 3. Juni 2006 ist die Klinik der Klägerin seit Jahren im Bereich der Gynäkologie und der Geburtshilfe in die Notfallversorgung im Rettungsdienstbereich Stadt und Landkreis eingebunden. Davon geht auch die Schiedsstelle in ihrer Entscheidung vom 18. August 2008 aus, indem sie ausführt, dass die Klinik gemäß der Bestätigung des örtlichen Rettungsdienstträgers die geforderte Meldung gegenüber der Rettungsleitstelle abgegeben habe und in deren rettungsdienstlichen Strukturen eingebunden sei. Dem stehe nicht entgegen dass die Klinik nur für den Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe mit einer so konkretisierten Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung belegärztlicher Strukturen eingebunden sei. Maßgeblich für die Einbindung in den Rettungsdienst sei für dessen Träger der Versorgungsauftrag der Klinik. An diesem orientiere er sich bei seiner Entscheidung, ob nach den Kriterien des Hessischen Rettungsdienstgesetzes eine Klinik für die örtliche Notfallversorgung benötigt werde. Für die Erfüllung des Kriteriums Aufnahmebereitschaft spreche die von der Antragstellerin - die Klägerin im vorliegenden Verfahren - hierzu vorgetragene Organisation des ärztlichen Dienstes mit Belegärzten und den von diesen angestellten Assistenzärzten. Einer stets umfassenden Notfallversorgung bedürfe es dazu aus den vorgenannten Gründen nicht. Auch belegärztliche Organisationsstrukturen stünden jedenfalls nicht grundsätzlich der Erfüllung des Kriteriums Aufnahmebereitschaft im Wege. Soweit der Beklagte nunmehr im Berufungsverfahren in Anknüpfung an § 3 Abs. 4 HRDG die Zuweisung von Notfallpatientinnen und -patienten in Zweifel zieht, führt dies nicht zu dem Ergebnis, die Klinik der Klägerin sei nicht in die Notfallversorgung des Rettungsdienstes eingebunden. Notfallpatienten - so der Beklagte entsprechend der Legaldefinition in § 3 Abs. 4 HRDG - seien Personen, die sich infolge einer Erkrankung, Verletzung, Vergiftung oder aus sonstigen Gründen in unmittelbarer Lebensgefahr befänden oder bei denen diese zu erwarten sei oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten seien, wenn keine schnellstmögliche notfallmedizinische Versorgung oder Überwachung und gegebenenfalls eine Beförderung zu weiterführenden diagnostischen oder therapeutischen Einrichtungen erfolge. Bei der Klinik der Klägerin handele es sich um eine geburtshilfliche Klinik, also eine Einrichtung der niedrigsten Versorgungsstufe. Für die Einlieferung dort seien nur reguläre Geburten, nicht jedoch Notfallgeburten mit erhöhtem Entbindungsrisiko vorgesehen. Die Klinik der Klägerin sei deshalb nicht derart in die rettungsdienstliche Notfallversorgung eingebunden, dass von dort gezielt Patienten in die Klinik transportiert würden, die einer Intensivüberwachung und/oder Intensivbeatmung

bedürften. Dieser Vortrag ist nicht geeignet, die tatsächliche Einbindung der Klinik der Klägerin in die rettungsdienstlichen Strukturen der Notfallversorgung der Stadt und des Landkreises Kassel in Zweifel zu ziehen. Nach den von dem Beklagten selbst in das Verfahren eingeführten Unterlagen des Rettungsdienstbereichs Kassel ergibt sich, dass im Jahr jedenfalls 87 Notfalltransporte zur Klinik der Klägerin durchgeführt worden sind. In den vorgelegten Protokollen der Rettungsdienste sind die Transporte/Einlieferungen als "Gyn.-Notfall" gekennzeichnet, die Einsatzberichte der Leitfunkstelle Kassel sprechen von "Med.-Notfall" beziehungsweise "Notfalleinsatz". In der Rubrik Anamnese der Einsatzprotokolle der Rettungsdienste beziehungsweise in den Lagemeldungen der Leitfunkstelle werden unter anderem (starke) Blutungen, Risikoschwangerschaft und Fruchtwasserabgang beschrieben. Vor diesem Hintergrund hat der Senat keine Zweifel, dass in den derart dokumentierten Rettungseinsätzen Notfallpatientinnen im Sinne von § 3 Abs. 4 HRDG zur Klinik der Klägerin transportiert worden sind. Etwas anderes ergibt sich entgegen der Auffassung des Beklagten im Schriftsatz vom 19. Dezember 2012 auch nicht aus dem Schriftverkehr mit dem Rettungsbereich l. Denn aus der Anlage zum Schriftsatz des Beklagten vom 1. Oktober 2012 - Schreiben der Stadt el vom 20. September 2012 - folgt lediglich, dass Patientinnen mit Risikogeburt oder mit Komplikationen p r i m ä r in das Klinikum transportiert werden, was den dokumentierten Notfalltransporten zur Klinik der Klägerin nicht widerspricht. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang ebenfalls - worauf der Bevollmächtigte der Klägerin zu Recht hinweist -, dass bei derartigen gynäkologischen Rettungsdiensteinsätzen regelmäßig kein Gynäkologe als Notarzt an Bord ist und das Fahrzeug auch nicht über ein Gerät zur Überwachung der Wehentätigkeit (CTG) verfügt, so dass der Gefährdungsgrad für Mutter und Kind durch den Rettungsdienst nur sehr schwer zu beurteilen ist. Bei einem "normalen" Wehenschmerz kann - wie der Bevollmächtigte der Klägerin nachvollziehbar darlegt - unter Umständen schon eine lebensgefährliche Bedrohung für das ungeborene Kind vorliegen, so etwa, wenn Ursache ein nicht erkennbarer Riss der Gebärmutter ist. Von Notfallpatientinnen und -patienten im Sinne von § 3 Abs. 4 HRDG muss deshalb auch gesprochen werden, wenn eine Lebensgefahr oder eine der weiteren dort genannten Gefahren im Sinne eines Gefahrenverdachts vorliegen kann, eine gesicherte rettungsdienstliche Diagnose jedoch (noch) nicht getroffen werden kann. Auch dieser Aspekt spricht dafür, dass die Klinik der Klägerin tatsächlich in die Notfallversorgung eingebunden ist und nicht lediglich Krankentransporte durchführt.

Zur Überzeugung des Senats, und im Übrigen in Übereinstimmung mit der Entscheidung der Schiedsstelle vom 18. August 2008, erfüllt die Klinik der Klägerin auch die zweite und dritte Voraussetzung des § 2 Abs. 1 Satz 2 der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene vom 15. Dezember 2000, dass eine Aufnahmebereitschaft Tag und Nacht sowie an Wochenenden (gegebenenfalls auch in Zusammenarbeit mit mehreren Krankenhäusern) gewährleistet ist, und eine Meldung gegenüber der Rettungsleitstelle oder einer anderweitig benannten stationären Notfallstelle abgegeben wurde. Zur weiteren Begründung nimmt der Senat Bezug auf die Ausführungen des Schiedsstellenspruch zum 18. August 2008, die er sich zu Eigen macht.

Schließlich werden im Krankenhaus der Klägerin die Möglichkeiten der Intensivüberwachung sowie der Intensivbeatmung vorgehalten, so dass auch die vierte in § 2 Absatz 1 Satz 2 der vorgenannten Vereinbarung formulierte Voraussetzung erfüllt wird. Auch zu diesem Merkmal enthalten weder die vorgenannte Vereinbarung selbst noch die krankenhausvergütungsrechtlichen Vorschriften des KHG oder des KHEntgG konkreter bestimmte Qualitätsmindeststandards. Die in diesem Zusammenhang im Hessischen Krankenhausplanungsrecht festgelegten Mindestkriterien zur Teilnahme an der unabdingbaren beziehungsweise ergänzenden Notfallversorgung (vgl. Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005, Ziffer 4.5.3. - Hessischer Krankenhausrahmenplan 2005 - Besonderer Teil: Regionale Versorgungskonzepte -, Ziffer 1.4.1.) sind aus den oben zum Merkmal der Zulassung zur stationären Notfallversorgung dargelegten Gründen nicht geeignet, das vergütungsrechtliche Merkmal "Möglichkeit der Intensivüberwachung und Intensivbeatmung" zu konkretisieren. Vor dem Hintergrund der Zielsetzung des § 17b Abs. 1 Satz 4 KHG, einen Abschlag auf das Entgelt bei den Krankenhäusern zu realisieren, bei denen bestimmte Finanzierungstatbestände nicht vorliegen, im Hinblick auf die Vorhaltekosten für die stationäre Notfallversorgung also diejenigen Krankenhäuser mit einem Abschlag zu belegen, bei denen derartige Vorhaltekosten nicht bestehen, hält der Senat an seiner Auffassung fest, dass § 2 Abs. 1 der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nicht die Anforderung entnommen werden kann, es nehme an der stationären Notfallversorgung nur das Krankenhaus teil, das eine im organisatorischen, medizintechnischen und personellen Sinne umfassende Notfallversorgung anbiete. Für die Festlegung eines solchen Standards

bietet § 2 Abs. 1 Satz 2 der Vereinbarung angesichts der einheitlichen Höhe des Abschlages von 50,- € (§ 4 Abs. 6 KHEntgG) keine Anhaltspunkte (Senatsurteil vom 5. Oktober 2011 - 5 A 1702/10 -, a.a.O.).

In apparativer Hinsicht hält das Krankenhaus der Klägerin Kapazitäten vor, die eine Intensivüberwachung und Intensivbeatmung ermöglichen, und zwar im Umfang von vier Behandlungsplätzen auf der Intermediate-Care-Station. Dort wird ein Monitoring für die Herzkreislaufüberwachung inklusive der Möglichkeit, den Blutdruck gegebenenfalls auch intraarteriell zu messen, vorgehalten. Darüber hinaus sind dort die erforderlichen Gasanschlüsse vorhanden, um die in der Klinik der Klägerin vorhandenen mobilen Narkose- und Beatmungsgeräte in der Intermediate-Care-Station anzuschließen. All dies ist von dem Berichterstatter des Senats und den Beteiligten im Erörterungstermin am 13. März 2012 in Augenschein genommen worden. Auch in personeller Hinsicht besteht die Möglichkeit der Intensivüberwachung und -beatmung. Trotz der belegärztlichen Organisationsstruktur hält die Klinik einen fachärztlichen Bereitschaftsdienst, einen Anwesenheitsdienst von angestellten Assistenzärzten und eine Anwesenheitsbereitschaft eines Operationsassistenten- beziehungsweise Anästhesieassistententeams an allen Wochentagen rund um die Uhr vor, was die Klägerin durch entsprechende Dienstpläne dokumentiert hat. Die Einschränkungen der Ausstattung der Klinik der Klägerin gegenüber einer stets "umfassenden" Notfallversorgung - indem die Klinik der Klägerin nicht über eine täglich 24 Stunden besetzte Intensivstation verfügt und dass Fachärzte (bei Anwesenheit von Anästhesiepflegekräften und Assistenzärzten) in Rufbereitschaft vorgehalten werden - stellt angesichts der beschriebenen apparativen und personellen Kapazitäten die Möglichkeit der Intensivüberwachung und Intensivbeatmung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 2 der Bundesvereinbarung nicht infrage, da - wie bereits wiederholt ausgeführt wurde - höherwertige Standards dieser Bundesvereinbarung nicht entnommen werden können.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 154 Abs. 1 VwGO. Eine Kostenlast der Beigeladenen kommt nicht in Betracht, da sie weder im Ausgangs- noch im Berufungsverfahren einen Antrag gestellt haben.

Die Entscheidung die vorläufigen Vollstreckbarkeit hinsichtlich der Kosten folgt aus § 167 VwGO in Verbindung mit § 708 Nr. 10, § 711 ZPO in entsprechender Anwendung.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 132 Abs. 2 VwGO).

## Rechtsmittelbelehrung:

Die Nichtzulassung der Revision kann durch Beschwerde innerhalb eines Monats nach Zustellung dieser Entscheidung angefochten werden. Die Beschwerde ist bei dem

**Hessischen Verwaltungsgerichtshof**
**Brüder-Grimm-Platz 1**
**34117 Kassel**

einzulegen. Die Beschwerde muss die Entscheidung bezeichnen, die angefochten werden soll.

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach der Zustellung dieser Entscheidung zu begründen. Die Begründung ist bei dem Hessischen Verwaltungsgerichtshof einzureichen. In der Begründung muss entweder

- die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt werden oder
- die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts bezeichnet werden, wenn geltend gemacht wird, von ihr werde in der in dem vorliegenden Verfahren ergangenen Entscheidung abgewichen und die Entscheidung beruhe auf dieser Abweichung, oder
- ein Verfahrensmangel bezeichnet werden, auf dem die Entscheidung beruhen kann.

Vor dem Hessischen Verwaltungsgerichtshof und dem Bundesverwaltungsgericht besteht gemäß § 67 Abs. 4 VwGO Vertretungszwang. Dies gilt auch für Prozesshandlungen, durch die ein Verfahren beim Bundesverwaltungsgericht eingeleitet wird.

Bei dem Hessischen Verwaltungsgerichtshof können elektronische Dokumente nach Maßgabe der Verordnung der Landesregierung über den elektronischen Rechtsverkehr bei hessischen Gerichten und Staatsanwaltschaften vom 26. Oktober 2007 (GVBl. I, S. 699) eingereicht werden. Auf die Notwendigkeit der qualifizierten digitalen Signatur bei Dokumenten, die einem schriftlich zu unterzeichnenden Schriftstück gleichstehen, wird hingewiesen (§ 55a Abs. 1 Satz 3 VwGO).

## Beschluss :

Der Wert des Streitgegenstandes wird auch für das Berufungsverfahren auf 238.500,-- € festgesetzt.

## Gründe:

Die Streitwertfestsetzung beruht auf §§ 52 Abs. 1 und 2, 47 Gerichtskostengesetz - GKG -.

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

Dr. Apell Dr. Jürgens Schneider