

# Abschrift

## OBERVERWALTUNGSGERICHT

DES LANDES SACHSEN-ANHALT



1 L 10/17  
7 A 103/15 HAL

## Beschluss

In der Verwaltungsrechtssache

**Klägerin und  
Berufungsklägerin,**

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Mohr, Bauerngasse 7, 55116 Mainz,

**g e g e n**

**Beklagten und  
Berufungsbeklagten,**

**beigeladen:**

- 1.
- 2.
- 3.

4.

5.

6.

**w e g e n**

Festsetzung von Pflegesätzen;  
Aufhebung eines Genehmigungsbescheides  
über Budget und Entgelte für das Jahr 2012  
- Berufung -

hat das Oberverwaltungsgericht des Landes Sachsen-Anhalt - 1. Senat - am 3 Dezember 2018 beschlossen:

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Verwaltungsgerichts Halle - 7. Kammer - vom 17. August 2016 geändert und der Genehmigungsbescheid des Beklagten vom 27. April 2015 aufgehoben.

Der Beklagte trägt die Kosten des gesamten Verfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die nicht erstattungsfähig sind.

Dieser Beschluss ist wegen der Kosten vorläufig vollstreckbar.

Der Beklagte darf die Vollstreckung gegen Sicherheitsleistung oder Hinterlegung in Höhe des beizutreibenden Betrages abwenden, wenn nicht die Klägerin vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 761.806,40 € festgesetzt.

## G r ü n d e :

### I .

Die Beteiligten streiten darüber, ob geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin umfasst und diese bei den Bewertungsrelationen, die die Grundlage zur Berechnung des Erlösbudgets für das Jahr 2012 bilden, und damit beim Erlösbudget zu berücksichtigen sind.

Mit Bescheid vom 24. Februar 2011 hat der Beklagte festgestellt, dass das Krankenhaus der Klägerin am Standort ab 1. Januar 2011 mit den angeführten Gebieten, Planungsschwerpunkten und Ausbildungsstätten in den ab 2011 geltenden Krankenhausplan des Landes aufgenommen ist; zugleich widerrief er den Feststellungsbescheid zum Krankenhausplan 2008 vom 28. August 2008 mit Wirkung ab 1. Januar 2011.

Das Krankenhaus wurde der Schwerpunktversorgung zugeordnet (Pkt. 1). Für das Gebiet "Innere Medizin" bestehe eine Hauptabteilung ("H") (Pkt. 2). Planungsschwerpunkte der Inneren Medizin (Pkt. 3) seien

- Gastroenterologie
- Hämatologie und Onkologie
- Kardiologie.

In der Begründung des Bescheides wird u. a. ausgeführt, dass "die Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 Abs. 2 KHG LSA" mit Stand 23. August 2010 berücksichtigt worden seien. Ferner wird darauf hingewiesen, dass die Regelungen dieses Bescheides dem der Klägerin mit Schreiben vom 25. August 2010 vorgelegten Vorschlag entsprächen, dem diese mit Schreiben vom 13. September 2010 zugestimmt habe.

Im Rahmen der Verhandlungen über die Pflegesätze (§ 18 Abs. 1 S. 1 KHG) für das Jahr 2012 konnten die Klägerin und die Beigeladenen u. a. keine Einigung darüber erzielen, ob die Klägerin zur Erbringung von Leistungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung berechtigt ist. Mit Schreiben vom 26. März 2014 hat die Klägerin die Schiedsstelle für die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze in Sachsen-Anhalt (nachfolgend: Schiedsstelle) angerufen, die auf die mündliche Verhandlung vom 26. Mai 2014 mit Beschluss vom 23. Juni 2014 (- S 1/14 -) "für den Entgeltzeitraum 1.1.2012 bis 31.12.2012 ... dem Grunde nach" beschlossen hat, dass (u. a.) gemäß Pkt. 1 der Versorgungsauftrag der Antragstellerin die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung umfasse. Weiter wird ausgeführt, dass die Parteien auf der Grundlage dieser Entscheidung in Verhandlungen u. a. die Vereinbarungen getroffen hätten:

"I. DRG - Bereich

1. Das Erlösbudget gemäß § 4 Abs. 2 KHEntgG beträgt 47.061.264 €.
2. Die Summe der effektiven Bewertungsrelationen beträgt 15.540,734 BWR.
3. - 6. ...

II. ..."

Mit Schreiben vom 2. Juli 2014 beantragte die Klägerin bei dem Beklagten die aufgrund des vorgenannten Schiedsstellenbeschlusses vom 23. Juni 2014 getroffene Umsetzungsvereinbarung der Budget- und Entgeltvereinbarung für das Jahr 2012 zu genehmigen. Mit Schreiben vom 8. August 2014 stellten die Beigeladenen einen "Antrag auf Nichtgenehmigung des Beschlusses der Schiedsstelle ..., Az.: S 01/14, vom 23.06.2014 ...", was u. a. mit einem fehlenden Versorgungsauftrag der Klägerin für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung begründet wurde.

Mit Bescheid vom 15. September 2014 hat der Beklagte unter Zurückweisung des Antrages der Klägerin und Stattgabe des Antrages der Beigeladenen den Beschluss der Schiedsstelle vom 23. Juni 2004 (- S 01/14 -) nicht genehmigt und darauf hingewiesen, dass die Schiedsstelle verpflichtet sei, auf Antrag unter Beachtung der Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde erneut zu entscheiden.

In Bezug auf die Bewertungsrelationen für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung wurde ausgeführt, aufgrund der in den Rahmenvorgaben planerisch vorgesehenen Versorgung in Geriatriezentren als eigenständige Behandlungseinheiten, an die besondere personelle und strukturelle Anforderungen gestellt würden und wegen des Hinweises im Geriatriekonzept des Landes, dass an Geriatriezentren zusätzlich in der Akutphase einer Erkrankung eine frührehabilitative Komplexbehandlung entsprechend den Anforderungen des OPS für die geriatrische Komplexbehandlung erfolge, werde die Auffassung der Schiedsstelle bezüglich der Voraussetzungen für die Erbringung der frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung nicht geteilt; das Urteil des OVG NRW (- 13 A 2379/11 - [vom 22. November 2012]) sei wegen anderer Planungsgrundsätze in Nordrhein-Westfalen nicht anwendbar.

Gegen den Versagungsbescheid vom 15. September 2014 hat die Klägerin am 1. Oktober 2014 bei dem Verwaltungsgericht Halle Klage erhoben (- 7 A 186/14 HAL -). Das Klageverfahren wurde nach übereinstimmenden Erledigungserklärungen der Klägerin und des Beklagten mit Beschluss des Verwaltungsgerichts vom 2. Juni 2015 eingestellt.

Nachdem die Klägerin bei der Schiedsstelle eine erneute Entscheidung beantragt hatte, hat diese auf die mündliche Verhandlung vom 4. Februar 2015 "dem Grunde nach in Anknüpfung an den Beschluss der Schiedsstelle - S 1/14 - für den Entgeltzeitraum 01.01.2012 bis 31.12.2012" zu Pkt. 1 beschlossen, dass unter Beachtung der Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde der Versorgungsauftrag der Antragstellerin nicht die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung umfasse. Pkt. 2 und 3 entsprächen dem Beschluss - S 1/14 - vom 23. Juni 2014 (vgl. S. 2 des Beschlusses der Schiedsstelle vom 12. Februar 2015 - S 1a/14 -).

Weiter wird ausgeführt, dass auf dieser Grundlage die "Parteien" u. a. die Festlegungen ermittelt hätten, dass die Summe der effektiven Bewertungsrelationen im Kalenderjahr 2012 ohne die geriatrische Komplexbehandlung 15.283,584 BWR inklusive Überlieger und das Erlösbudget nach § 4 KHEntgG für das Kalenderjahr 2012 46.299.457,60 € betrage.

Mit streitgegenständlichem Bescheid vom 27. April 2015 genehmigte der Beklagte unter Stattgabe des Antrages der Beigeladenen und Versagung des Antrages der Klägerin (auf Nichtgenehmigung des Schiedsstellenbeschlusses) den auf die mündliche Verhandlung vom 4. Februar 2015 ergangenen Beschluss der Schiedsstelle vom 12. Februar 2015 (- S 1a/14 -).

Hiergegen hat die Klägerin am 13. Mai 2015 bei dem Verwaltungsgericht Halle Klage erhoben, zu deren Begründung sie vorgetragen hat:

Aus § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V folge, dass frührehabilitative Behandlungsmaßnahmen immanenter Bestandteil jeder Akutbehandlung im Krankenhaus seien; einen ausschließlichen Bezug zu einer bestimmten Fachabteilung enthielten die gesetzlichen Regelungen nicht. Auf eine planerische Zuweisung (Fachabteilung Geriatrie oder Ausweisung als Geriatriezentrum) komme es nicht an. Gestützt werde dies auch durch das zwischen dem BMG und den Bundesländern abgestimmte Papier zur "Abgrenzung der Bereiche Frühmobilisation, Frührehabilitation und Rehabilitation" vom 27. Oktober 2004 (Bl. 526 ff. Beiakte B). Der Beklagte stütze sich zu Unrecht auf die Rahmenvorgaben für die Versorgungs- und Qualitätsziele in Sachsen-Anhalt. Sie besäßen keine Rechtsverbindlichkeit, sondern dienten nur als Leitlinie für die Aufstellung des Krankenhausplanes und die zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen mit dem jeweiligen Krankenhausträger zu schließenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (§ 3 Abs. 1 und 3 KHG LSA). Eine Konzentration der Leistungserbringung in einem Geriatriezentrum gefährde mangels ausreichender (Betten-)Kapazität die ärztliche Versorgung. Die Rahmenvorgaben (Stand 1. März 2013) verwiesen unter Pkt. 4.4.6 Abs. 1 S. 2 nur auf die "Möglichkeit" der Einrichtung eines Geriatriezentrums; daraus folge nicht, dass geriatrische Patienten "nur" in solchen Zentren behandelt werden dürften. Weder der Krankenhausplan noch die Rahmenvorgaben schlossen die geriatrische frührehabilita-

tive Komplexbehandlung für Krankenhäuser mit der Fachabteilung "Innere Medizin" explizit aus. Auch dem Geriatriekonzept sei eine Exklusivität der Behandlung in einem Geriatriezentrum nicht zu entnehmen, was anderenfalls gegen Krankenhausplanungsrecht, § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V und § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 5 KHEntgG, verstieße. Aus dem einschlägigen OPS-Code 8-550 (Version 2012) ergebe sich keine Verknüpfung mit der Krankenhausplanung. Die Erfüllung der Mindestmerkmale werde auf der Leistungs-, nicht auf der Budgetebene geprüft.

Die Klägerin hat beantragt,

den Genehmigungsbescheid des Beklagten vom 27. April 2015 aufzuheben.

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er trug vor, die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung sei nicht mit dem Begriff der Frührehabilitation in § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 5 KHEntgG identisch und gehöre nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen; sie werde vom Versorgungsauftrag der Klägerin nicht umfasst. Diese erfülle die Kriterien für ein Zentrum nicht. Das im Land Sachsen Anhalt maßgebliche Planungsrecht weise die streitgegenständliche geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung einschließlich Akutbehandlung ausschließlich den als geriatrische Zentren ausgewiesenen Krankenhäusern zu. Die Leistungskonzentration in Zentren vermeide Doppelvorhaltung und entspreche damit dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Die Beigeladenen haben sich nicht geäußert und keinen Antrag gestellt.

Das Verwaltungsgericht Halle hat mit Urteil vom 17. August 2016 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, der auf eine reine Rechtskontrolle beschränkte Genehmigungsbescheid des Beklagten vom 27. April 2015 sei hinsichtlich der von der Klägerin allein angegriffenen Feststellung, dass ihr Versorgungsauftrag die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nicht umfasse und damit in ihrem Erlösbudget nicht zu berücksichtigen sei, rechtmäßig. Der zur Feststellung des Versorgungsauftrages der Klägerin heranzuziehende Feststellungsbescheid des Beklagten vom 24. Februar 2011 weise das Krankenhaus der Klägerin der Schwerpunktversorgung und u. a. dem Gebiet der Inneren Medizin als Hauptfachabteilung zu. Das Gebiet der Inneren Medizin umfasse ausweislich der nach den Rahmenvorgaben (Stand 1. März 2013) heranziehbaren Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt vom 16. April 2005 in der Fassung vom 16. April 2011 neben weiteren 8 Schwerpunkten auch den Schwerpunkt Geriatrie. Zum Gebiet der Inneren Medizin gehöre daher grundsätzlich die Behandlung altersspezifischer Erkrankungen, weshalb die entsprechenden Leistungen grundsätzlich vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der

Klägerin umfasst seien. So werde in der Rechtsprechung die Rechtsauffassung vertreten, dass es für die Berechtigung eines Krankenhauses, eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung auszuführen, allein maßgeblich sei, dass die akutmedizinische Behandlung in einem vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfassten Gebiet erbracht werde und es keines gesonderten Versorgungsauftrages für die streitgegenständliche begleitende Maßnahme zur akutmedizinisch-kurativen Behandlung bedürfe; auch komme es nicht darauf an, ob das Krankenhaus der Klägerin die Mindestmerkmale des OPS-Codes 8-550 erfülle, weil dies auf der Leistungs- und nicht auf der Budgetebene zu prüfen sei.

Vorliegend seien bei der Bestimmung des Versorgungsauftrages jedoch die Besonderheiten der Krankenhausplanung im Land Sachsen-Anhalt zu berücksichtigen. Dem zur Auslegung des Feststellungsbescheides heranzuziehenden Krankenhausplan 2011/2012 i. V. m. den Rahmenvorgaben für die Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 Abs. 2 KHG LSA sei zu entnehmen, dass die stationären geriatrischen Leistungen einschließlich der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung ausschließlich den planerisch ausgewiesenen geriatrischen Zentren zugewiesen werden sollten und damit der Versorgungsauftrag der nicht als solches Zentrum ausgewiesenen anderen Krankenhäuser dieses Leistungsspektrum nicht umfasse. Auf die "Zentren"-Festlegung in Anl. 2 des Krankenhausplanes und die Ausführungen zu "geriatrischen Zentren" unter Pkt. 4.4.6 der Rahmenvorgaben (Stand 1. März 2013) wird verwiesen. Auch das zwar nicht verbindliche, aber zur Auslegung des Krankenhausplanes heranziehbare Geriatriekonzept des Landes (Stand März 2009) spreche für eine entsprechende Konzentration der (stationären) geriatrischen Versorgung.

Unschädlich sei, dass der die Zuweisung internistischer Betten umfassende Versorgungsauftrag der Klägerin nicht eingeschränkt worden sei, um sie von der Funktion eines Zentrums auszuschließen. Ebenso sei rechtlich unerheblich, dass die Rahmenvorgaben nur von der "Möglichkeit" der Einrichtung geriatrischer Zentren sprächen, da der Plangeber von der Möglichkeit Gebrauch gemacht und Zentren flächendeckend ausgewiesen habe. Allein der Hinweis im Krankenhausplan auf künftige Fallzahlsteigerungen wegen altersbedingter Erkrankungen zwingt nicht zu dem Schluss, dass jedes Krankenhaus mit der Abteilung Innere Medizin einen Versorgungsauftrag zur geriatrischen Frührehabilitation habe.

Im Hinblick auf die vom Verwaltungsgericht im Urteil wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassene Berufung hat die Klägerin gegen das ihr am 28. Dezember 2016 zugestellte Urteil am 18. Januar 2017 bei dem VG Halle Berufung eingelegt und diese auf die vom Senatsvorsitzenden mit Verfügung vom 9. Februar 2017 gewährte Fristverlängerung bis 17. März 2017 mit am 10. März 2017 bei dem Obergericht des Landes Sachsen-Anhalt eingegangenen Schriftsatz vom 8. März 2017 wie folgt ergänzend begründet:

unter Änderung des Urteils des Verwaltungsgerichtes Halle - 7. Kammer - vom 17. August 2016 den Genehmigungsbescheid des Beklagten vom 27. April 2015 aufzuheben.

Die Klägerin beantragt,

über der Klägerin ergangene Feststellungsbescheid stelle hierauf nicht ab. Es sei nicht zum Gegenstand des Krankenhausplanes gemacht worden; auch der gegen- KHEntg nicht zur Auslegung des Versorgungsauftrages herangezogen werden. Es konzept dürfe wegen der Definition des Versorgungsauftrages in § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 1 Rahmenvorgaben die Geriatrie als Teilgebiet der Inneren Medizin aus. Das Geriatrie- lung geriatrischer Patienten nur in Zentren vor. Vielmehr weise Abschnitt 5.2.6 der te. Auch Abschnitt 4.4 der Rahmenvorgaben sehe keine Exklusivität für die Behand- dass die geriatrische Versorgung ausschließlich in geriatrischen Zentren erfolgen soll- hielten die Planungsziele in Abschnitt 3 der Rahmenvorgaben keinen Hinweis darauf, kenhausplanes i. V. m. den Bescheiden zu seiner Durchführung ergebe. Zudem ent- der Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses aus den Festlegungen des Kran- rin nicht herangezogen werden, weil § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 1 KHEntg regle, dass sich- gungs- und Qualitätsziele dürften zur Auslegung des Versorgungsauftrages der Kläge- von einer Leistungserbringung im Bereich der geriatrischen frührehabilitati- bereits den Schluss, dass Krankenhaus mit dem Versorgungsauftrag Innere Medizin gungsauftrages nichts her; die planerische Ausweisung von Zentren rechtfertige nicht- rischen Zentren im Krankenhausplan gebe für die Auslegung des klägerischen Versor- Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt. Die Ausweisung von geriat- des Krankenhauses der Klägerin für das Gebiet Innere Medizin richte sich nach der eine besondere Aufgabe eines Zentrums. Die Auslegung des Versorgungsauftrages kenhausleistung im Leistungsspektrum der Fachabteilung Innere Medizin, nicht um- tember 2016 - 3 C 6.15 -; juris Rn. 15). Vorliegend gehe es um eine allgemeine Kran- tung oder eines Fachgebiets abgedeckt werde, liege" (so BVerwG, Urteil vom 8. Sep- handle, die "jenseits des Leistungsspektrums, das von der Zuweisung einer Fachrich- rums gemäß §§ 5 Abs. 3, 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 KHEntg definitionsgemäß um Aufgaben- tungsgericht habe verkannt, dass es sich bei den besonderen Aufgaben eines Zent- lung vom generellen Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst sei. Das Verwal- gütungsanspruch des zugelassenen Krankenhauses u. a. genüge, dass die Behand- schen frührehabilitativen Komplexbehandlung für die Behandlungspflicht und den Ver- Zusammenhang mit § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V verwiesen, wonach es bei der geriatri- Es wird auf die Entscheidung des BSG vom 23. Juni 2015 (- B 1 KR 21/14 R -; juris) im

Im Hinblick auf § 14 KHEntgG (Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen - Krankenhausentgeltgesetz - [und dem bis 31. Dezember 2012 geltenden § 20 Abs. 3 BpflV, Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflege- gesätze - Bundespflegegesetzverordnung -]), wonach die Schiedsstelle bei Versagung der Genehmigung eines Schiedsanspruches auf Antrag verpflichtet ist, unter Beachtung der Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde erneut zu entscheiden, gilt dies ent-

dieser eine Gestaltungskompetenz zu.  
Entscheidung der Genehmigungsbehörde beschränkt, ihnen kommt ebenso wenig wie gung der Genehmigung angerufen werden. Sie sind auf eine reine Rechtskontrolle der die von einer Pflegegesellschaft gegen eine erteilte Genehmigung oder gegen die Versa- Festsetzungen verwehrt. Dasselbe Einschrankung gilt folgerichtig auch für die Gerichte, bzw. die Ablehnung der Genehmigung allein für bestimmte für rechtswidrig gehaltene verstoßes zu versagen. Der Genehmigungsbehörde ist damit eine Teilgenehmigung oder festgesetzten Pflegegesätze zu genehmigen oder die Genehmigung wegen Rechts- Krankenhausfinanzierungsgesetz -) ausschließliche die Möglichkeit, die vereinbarten chen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegegesätze - Die Genehmigungsbehörde hat gemäß § 18 Abs. 5 S. 1 KHG (Gesetz zur wirtschaftli-

2.1. Die Klage der Klägerin ist zulässig, insbesondere als Anfechtungsklage statthaft.

2. Die zulässige Berufung ist begründet.

1. Der Senat entscheidet über die Berufung der Klägerin gemäß § 130a S. 1 WVG (gehört worden (§ 130a S. 2 WVG i. V. m. § 125 Abs. 2 S. 3 WVG)).  
einer mündlichen Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind hierzu begründet und - wie sich aus den nachfolgenden Gründen ergibt - die Durchführung ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss, weil er die Berufung einstimmig für

## II .

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten und des Sachverhalts im Einzelnen wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsvorgänge des Beklagten (Beakten A, B, C, D, E, F) Bezug genommen.

Die Beigeladenen haben sich nicht geäußert und keinen Antrag gestellt.

Er wiederholt und vertieft sein bisheriges Vorbringen.

die Berufung zurückzuzweisen.

Der Beklagte beantragt,

sprechend, wenn die Genehmigung im Verwaltungsrechtsweg rechtskräftig aufgehoben und damit im Ergebnis endgültig versagt wird. Die Rechtsauffassung des Gerichts tritt dann an die Stelle der Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde im Sinne des § 14 Abs. 3 KHEntgG.

Da einer Neufestsetzung die Rechtsauffassungen dieses Urteils zugrunde zu legen sind, ist die begehrte Aufhebung der streitgegenständlichen Genehmigungsentscheidung auch ausreichend, wenn - wie hier - höhere Erlöse bzw. die Berücksichtigung bestimmter Leistungen bei der Budgetberechnung begehrt werden (vgl. BVerwG, Urteil vom 26. September 2002 - 3 C 49.01 -, juris Rn. 20-22; BVerwG, Urteil vom 30. Mai 2013 - 3 C 16.12 -, juris Rn. 15; BVerwG, Urteile vom 22. Mai 2014 - 3 C 8.13 -, juris Rn. 18 und - 3 C 9.13 -, juris Rn. 16).

2.2. Die Klage ist auch begründet.

Die Genehmigung des auf die mündliche Verhandlung vom 4. Februar 2015 ergangenen Beschlusses der Schiedsstelle vom 12. Februar 2015, Az. S 1a/14, durch den Bescheid des Beklagten vom 27. April 2015 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten (§ 113 Abs. 1 S. 1 VwGO).

Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ist im vorliegenden Fall eine vom generellen Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin umfasste allgemeine Krankenhausleistung, deren Entgelt beim Erlösbudget und den Bewertungsrelationen berücksichtigt und von der Klägerin und den Beigeladenen vereinbart bzw. durch die Schiedsstelle festgesetzt werden kann. Es handelt sich um eine Standard-Behandlungsleistung, die nicht exklusiv den geriatrischen Zentren im Land Sachsen-Anhalt zugewiesen ist.

2.2.1. Rechtsgrundlage für den Genehmigungsbescheid des Beklagten vom 27. April 2015 sind § 18 Abs. 5 S. 1 KHG in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886) und § 14 Abs. 1 S. 2 KHEntgG vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), jeweils in der für den Vergütungszeitraum 1. Januar 2012 bis 31. Dezember 2012 maßgeblichen Fassung (vgl. BVerwG, Urteil vom 22. Mai 2014 - 3 C 9.13 -, juris Rn. 16; Urteil vom 8. September 2016 - 3 C 6.15 -, juris Rn. 9). Danach hat die zuständige Landesbehörde auf Antrag der Vertragsparteien (i. S. d. § 18 Abs. 2 KHG) die vereinbarte oder von der Schiedsstelle festgesetzte Vergütung zu genehmigen, wenn die Festsetzung den Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) sowie sonstigem Recht entspricht.

Die Schiedsstelle (i. S. d. § 18a Abs. 1 KHG, § 13 Abs. 1 KHEntgG) ist bei ihrer Entscheidung an die für die Vertragsparteien geltenden Rechtsvorschriften gebunden (§ 13 Abs. 1 S. 2 KHEntgG), und sie entscheidet über die Gegenstände, über die keine Einigung erzielt werden konnte (§ 13 Abs. 2 KHEntgG). Ist - wie vorliegend - die Ge-

nehmung eines Schiedsspruchs bereits einmal versagt worden, ist die Schiedsstelle bei einer erneut beantragten Entscheidung verpflichtet, die Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde zu beachten (§ 14 Abs. 3 KHEntgG).

Hiervon ausgehend hat die Schiedsstelle mit Beschluss vom 4. Februar 2015 entschieden, dass unter Beachtung der Rechtsauffassung der Genehmigungsbehörde der Versorgungsauftrag der Klägerin nicht die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung umfasse.

Der streitgegenständliche Genehmigungsbescheid des Beklagten vom 27. April 2015 (und damit auch der Schiedsspruch vom 4. Februar 2015) halten einer rechtlichen Überprüfung nicht stand.

2.2.2. Nach § 11 Abs. 1 S. 1 KHEntgG regeln die Vertragsparteien (vorliegend gemäß § 18 Abs. 2 KHG die Klägerin als Krankenhausträgerin und die beigeladenen Kranken-, Ersatzkassen bzw. Verbände) die Vergütung für das einzelne Krankenhaus nach Maßgabe der §§ 3 - 6 KHEntgG und unter Beachtung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses gemäß § 8 Abs. 1 S. 3 und 4 KHEntgG.

Vorliegend geht es um die Berücksichtigungsfähigkeit von Leistungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung beim Erlösbudget nach § 4 KHEntgG und bei der Summe der Bewertungsrelationen (§ 17b Abs. 1 S. 11 KHG).

Gemäß § 8 Abs. 1 S. 3 KHEntgG dürfen die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen, ausgenommen die Behandlung von Notfallpatienten, nur im Rahmen des Versorgungsauftrages berechnet werden. Hieraus ergibt sich, dass der Versorgungsauftrag des Krankenhauses Maß und Grenze jeder Entgeltvereinbarung ist. Mit dem Versorgungsauftrag werden Art, Inhalt und Umfang der Leistungen festgelegt, mit denen das Krankenhaus zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen ist (§ 109 Abs. 4 SGB V) und die es gegenüber den Patienten oder deren Kostenträgern abrechnen kann. Die Vertragsparteien dürfen daher in die Vereinbarung keine Entgelte für Leistungen des Krankenhauses aufnehmen, die außerhalb seines Versorgungsauftrages liegen (so BVerwG, Urteil vom 8. September 2016 - 3 C 6.15 -, juris Rn. 10 m. w. N.).

Der Versorgungsauftrag ergibt sich gemäß § 11 Abs. 1 S. 1 i. V. m. § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 1 KHEntgG bei einem Plankrankenhaus (gemäß § 108 Nr. 2 SGB V) - wie das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommene Krankenhaus der Klägerin in Weißenfels - aus den Festlegungen des Krankenhausplans i. V. m. den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 i. V. m. § 8 Abs. 1 S. 3 KHG sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB V (so BVerwG, Urteil vom 8. September 2016 - 3 C 6.15 -, juris Rn. 11).

Ob der Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin im Kalenderjahr 2012 auch die Erbringung von Leistungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung umfasst, ist danach anhand des Inhalts des Feststellungsbescheids des Beklagten vom 24. Februar 2011 und der Interpretation des Krankenhausplanes gemäß Beschluss der Landesregierung über den Krankenhausplan ab 2011 vom 30. November 2010 (MBI. LSA 2011,73) mithilfe der gesetzlichen Auslegungsregeln der §§ 133, 157 BGB zu ermitteln. Diese Auslegungsregeln finden sowohl auf den Regelungsgehalt eines Verwaltungsaktes wie auch auf den Inhalt sonstiger behördlicher Willenserklärungen entsprechend Anwendung. Maßgeblich ist der erklärte Wille, wie ihn der Empfänger bei objektiver Würdigung verstehen konnte. Bei der Ermittlung des objektiven Erklärungswertes sind alle dem Empfänger bekannten oder erkennbaren Umstände heranzuziehen. Ob sich nach diesen Grundsätzen für das jeweilige Krankenhaus ein Versorgungsauftrag unter Einbeziehung oder Ausschluss der streitgegenständlichen Leistung ergibt, beurteilt sich nach den Umständen des Einzelfalles. Ein Rechtsatz des Inhalts, dass es für den Ausschluss von Aufgaben/Leistungen von dem Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses stets eines ausdrücklichen Hinweises in dem Bescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan bedarf, lässt sich nicht aufstellen (vgl. BVerwG, Beschluss vom 9. März 2016 - 3 B 23.15 -, juris Rn. 5).

Anhaltspunkte für die Annahme, dass sich vorliegend weitere Erkenntnisse zur Berücksichtigungsfähigkeit der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung aufgrund ergänzender Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 S. 4 oder 5 SGB V ergeben könnten bzw. solche Vereinbarungen vorliegen, bestehen nicht.

2.2.3. Aufgrund der vorstehend aufgezeigten Maßstäbe ist zunächst festzustellen, dass es sich bei der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung um eine allgemeine Krankenhausleistung in Form einer Leistung zur Frührehabilitation bei akutenstationärer Behandlung gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 5 KHEntgG i. V. m. § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V (i. d. F. v. 22. Dezember 2011, BGBl. I S. 2983) im Sinne der Schlüsselnummer nach OPS 8-550 handelt.

Die einzelnen Schlüssel unterscheiden sich dabei insbesondere hinsichtlich Behandlungsdauer und Zahl der Therapieeinheiten. Alle OPS 8-550 setzen u. a. eine Behandlung durch ein geriatrisches Team (zumindest bestehend aus den Professionen Medizin, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Sozialdienst, vgl. Auslegungshinweise der MDK-Gemeinschaft zur Kodierprüfung der OPS 8-550 Version 2010(/2011), 2012, [https://kcgeriatrie.de/Info-Service\\_Geriatrie/.../2010/2011\\_oder\\_2012](https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/.../2010/2011_oder_2012)) unter fachärztlicher Behandlungsleitung mit der Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich "Klinische Geriatrie" voraus. Dabei ist das Alter des Patienten für die Abgrenzung geriatrischer von sonstiger frührehabilitativer Komplexbehandlung von entscheidender Bedeutung. Neben der geriatritypischen Multimorbidität ist regelmäßig ein Patientenalter von mindestens 70 Jahren, jedenfalls nicht

unter 60 Jahren, Voraussetzung für einen speziellen geriatrischen Bedarf (so BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 - B 1 KR 21/14 R -, juris Rn.20).

Zu Sinn und Zweck einer Frührehabilitation im Sinn des § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V hat das Bundessozialgericht im Urteil vom 14. Oktober 2014 (- B 1 KR 26/13 R -, juris Rn. 18) unter Verweis auf die Begründung des Gesetzentwurfes der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen zum SGB IX, BT-Drucks. 14/5074, S. 117 ff. zu Nr. 11 [§ 39 Abs. 1]) ausgeführt:

"Diese Regelung zielt nach Wortlaut, Entstehungsgeschichte und Regelungszweck darauf ab, dass die Rehabilitation von Anfang an integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung im Krankenhaus sein soll. Ärzteschaft, Pflegepersonal und das spezifische Fachpersonal haben an dieser Aufgabe mitzuwirken. Für die Feststellung des individuellen medizinischen Rehabilitationsbedarf im Akutkrankenhaus sind Art und Schwere der Erkrankung und die individuellen Voraussetzungen wie z.B. Lebensalter und Multimorbidität des Patienten zugrunde zu legen. Hierfür sowie für Art und Umfang der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Krankenhausbehandlung sind Kriterien aufzustellen. Vorrangiges Ziel dieser frühen Rehabilitation im Krankenhaus ist die Wiederherstellung der Basisfähigkeiten, wozu neben der Mobilität die weitgehende Unabhängigkeit in den einfachen Aktivitäten des täglichen Lebens gehört sowie die Kommunikation mit und die Orientierung in der Umwelt; hinzu kommen die frühzeitige Auseinandersetzung mit Fähigkeitsstörungen in der Folge von Erkrankungen/Unfällen und der frühzeitige Einstieg in das Erlernen von Bewältigungsstrategien. Soweit medizinisch erforderlich, sind auch fachspezifischen Rehabilitationsansätze zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu integrieren. Über die bereits vorhandenen Rehabilitationsansätze im Krankenhaus hinaus sind jedenfalls seit Einführung der Frührehabilitation in § 39 Abs. 1 S. 3 HS 2 SGB V bereits bei Aufnahme in das Akutkrankenhaus der funktionelle Status, das Rehabilitationspotential und der Rehabilitationsbedarf des Patienten in die Diagnosestellung einzubeziehen und ein am individuellen Bedarf ausgerichtetes Rehabilitationskonzept in die Krankenbehandlung zu integrieren."

Der Gesetzentwurf weist zudem darauf hin, dass die Erbringung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation im Rahmen der für die jeweilige Akutbehandlung erforderlichen Verweildauer zu erfolgen hat und die Integration der medizinischen Rehabilitation in die Krankenhausbehandlung vor allem eine Qualitätsverbesserung der stationären Versorgung darstelle (BT-Drucks. 14/5074 S. 117/118).

2.2.4. Dieses Verständnis von der streitgegenständlichen Leistung zugrunde legend, äußern sich weder der Feststellungsbescheid des Beklagten vom 24. Februar 2011 noch der Krankenhausplan ab 2011 explizit zu der streitgegenständlichen Leistung. Soweit der Krankenhausplan in Anlage 2 die Geriatriezentren in Sachsen-Anhalt ausweist, gehört das Krankenhaus der Klägerin nicht dazu; der Feststellungsbescheid weist es vielmehr entsprechend den Angaben des Krankenhausplanes für verschiede-

ne Fachgebiete der Schwerpunktversorgung zu. Krankenhausplan wie Feststellungsbescheid verweisen indes beide auf die "Rahmenvorgaben für die Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 Abs. 2 KHG LSA" mit Stand 23. August 2010 als Planungsgrundlage bzw. auf ihre Berücksichtigung bei der Feststellungsentscheidung. Dieser Rahmenvorgaben sind deshalb bei der maßgeblichen Auslegung des Feststellungsbescheides und der Interpretation des Krankenhausplanes mit in den Blick zu nehmen. Sie gehören zu den der Klägerin bekannten oder erkennbaren Umständen, auf die es bei der Auslegung/Interpretation ankommt. Zudem wurde die Klägerin im Anhörungsschreiben des Beklagten vom 25. August 2010 ausdrücklich gebeten, den Vorschlag zur Aufnahme des Krankenhauses der Klägerin "unter Zugrundelegung der überarbeiteten Fassung der Rahmenvorgaben zu prüfen". In der Anlage zum Schreiben vom 13. September 2010 hat die Klägerin bestätigt, "dass ich die für mein Haus zutreffenden Anforderungen lt. Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 Abs. 2 KHG LSA in der Fassung vom 23.08.2010 geprüft habe und diese erfüllt werden." (vgl. Beiakte E)

2.2.5. Den vorgenannten Rahmenvorgaben (Beiakte F) ist zu entnehmen, dass das Gebiet "Innere Medizin" nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt 9 Schwerpunkte, darunter die Geriatrie beinhaltet (Pkt. 5.2.6). In Bezug auf die weiter angesprochenen Schwerpunkte

- Gastroenterologie
- Hämatologie und Onkologie
- sowie Kardiologie

weist der Feststellungsbescheid vom 24. Februar 2011 das Krankenhaus der Klägerin auf dem Gebiet der Inneren Medizin der Schwerpunktversorgung zu. Unter die Versorgungsstufe "Schwerpunktversorgung" fallen Krankenhäuser, die selten auftretende und/oder schwerwiegendere Krankheitsfälle diagnostisch und therapeutisch behandeln (Pkt. 4.2, Abschn. II S. 1 d. Rahmenplans). Die krankenhauserplanerische Anerkennung einer Leistungserbringung in Zentren setzt u. a. voraus, dass das Krankenhaus Schwerpunkt-, Spezial- oder universitären Versorgung leistet, wobei Geriatriezentren auch in Krankenhäusern der Basisversorgung vorgehalten werden können (Pkt. 4.4 S. 1 1. Spiegelstrich d. Rahmenplans). Für die stationäre geriatrische Versorgung in einem Zentrum sind spezielle Rahmenvorgaben einzuhalten (Rahmenplan S. 36 letzter Satz). Hierzu wird unter Pkt. 4.4.6 ausgeführt, dass geriatrische Zentren als eigenständige Behandlungseinheiten in Krankenhäusern der unterschiedlichen Versorgungsstufen möglich seien und generell eine fallabschließende Behandlung in der Geriatrie angestrebt werde. Eine krankenhauserplanerische Anerkennung setze u. a. voraus, dass die strukturellen Voraussetzungen für eine frührehabilitative Behandlung bestehen.

Letzteres weist die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung laut Krankenhausplan ausdrücklich bei den geriatrischen Zentren aus. Allerdings ist weder diesem Umstand noch dem Zentrumsbegriff als solchem zu entnehmen, dass damit alle anderen Krankenhäuser von dieser spezifischen Behandlung ausgeschlossen sein sollen.

2.2.6. Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ist keine besondere Aufgabe, die nur bei einem Zentrum anfallen und deshalb vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin nicht umfasst sein kann.

2.2.6.1. Unter einem Zentrum im Sinne von § 5 Abs. 3 i. V. m. § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 KHEntgG ist eine Einrichtung zu verstehen, die in dem betreffenden Fachbereich besonders spezialisiert ist und sich auf Grund medizinischer Kompetenz und Ausstattung von anderen Krankenhäusern abhebt. Überdies weist der Wortlaut des § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 KHEntgG darauf hin, dass sich die Einrichtung durch die Wahrnehmung spezieller Aufgaben von den Krankenhäusern ohne Zentrumsfunktion unterscheiden muss. Weitergehende Vorgaben sind aus dem Zentrumsbegriff nicht verbindlich abzuleiten (so BVerwG, Urteil vom 22. Mai 2014 - 3 C 8.13 -, juris Rn. 31).

Die "besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten" im Sinn des § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 4 KHEntgG müssen sich - auch wenn sie abrechnungstechnisch nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 KHEntgG und in Abgrenzung zu den Wahlleistungen nach § 17 KHEntgG zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören - von den sonstigen allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 17b Abs. 1 S. 1 KHG und § 2 Abs. 2 S. 1 KHEntgG abheben. Gemeint sind patientenübergreifende Leistungen und spezielle Behandlungsleistungen, die nur bei Zentren und Schwerpunkten anfallen und jenseits des Leistungsspektrums liegen, das von der Zuweisung einer Fachrichtung oder eines Fachgebiets abgedeckt wird (so BVerwG, Urteil vom 8. September 2016 - 3 C 6.15 -, juris Rn. 15).

Kennzeichnend für eine "besondere Aufgabe" im vorgenannten Sinne ist daher, dass sie nur in Betracht kommt, wenn sie über Zuschläge im Sinne des § 17b Abs. 1 S. 4 KHG zu finanzieren ist, weil die Leistung nicht durch Fallpauschalen oder sonstige Entgelte vergütet werden kann, da der Finanzierungstatbestand nicht in allen Krankenhäusern vorliegt (vgl. BVerwG, Urteil vom 22. Mai 2014 - 3 C 8.13 -, juris Rn. 33). Leistungen (Kosten) der Behandlung und Versorgung der Patienten gehören nicht dazu, sondern sind über die normalen Entgelte nach dem KHEntgG (Fallpauschalen, Zusatzentgelte oder andere Entgelte) zu vergüten (vgl. BT-Drucks. 15/3672, S. 13 zu Nr. 4 [§ 17b KHG] Buchstabe a); BT-Drucks. 14/6893, Seite 38 zu Art. 5 [KHEntgG] § 2).

2.2.6.2. Die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ist keine "besondere", nur über Zuschläge gemäß § 17b Abs. 1 S. 4 KHG zu finanzierende Aufgabe eines Geriatriezentrums.

Sie dient der Behandlung eines bestimmten Patienten und kommt der stationären Versorgung nicht nur patientenübergreifend ("mittelbar") zugute. Sie stellt auch keine spezielle Behandlungsleistungen dar, die so nur bei den Zentren oder Schwerpunkten anfällt und sich deshalb der Vergütung über die üblichen Entgelte entzieht. Eine in einem Zentrum angebotene Standardleistung wird nicht allein deshalb zu einer besonderen Aufgabe, weil sie qualitativ hochwertiger erbracht wird als in anderen Krankenhäusern (vgl. BVerwG, Urteil vom 22. Mai 2014 - 3 C 8.13 -, juris Rn. 35, 36).

Abgesehen davon, dass nicht ersichtlich ist, dass die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung in einem geriatrischen Zentrum grundsätzlich qualitativ hochwertiger ausfällt als in einem anderen Krankenhaus, da die sich aus dem OPS-Schlüssel ergebenden Anforderungen an ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung von jedem Krankenhaus erfüllt werden müssen, das diese Leistung erbringen bzw. abrechnen will, würde eine in der Qualität verbesserte Standardmaßnahme für sich nicht ausreichen, um eine "besondere Aufgabe" bejahen zu können. Es ist auch nicht feststellbar, dass es sich bei der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung wegen eines speziellen, interdisziplinären (i. S. v. verschiedene medizinische Fachgebiete betreffenden) Versorgungsansatzes um ein Aliud gegenüber einer Standardmaßnahme handelt (vgl. BVerwG, Urteil vom 22. Mai 2014 - 3 C 8.13 -, juris Rn. 37) und sie deshalb begrifflich als "besondere Aufgabe" eines Geriatriezentrums anzusehen wäre.

Für die Einstufung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung als dem einzelnen Patienten zugutekommende Standard-/Behandlungsleistung spricht zudem, dass es hierfür keines für die besonderen Aufgaben eines Zentrums erforderlichen speziellen Versorgungsauftrages bedarf (vgl. BVerwG, Urteil vom 8. September 2016 - 3 C 6.15 -, juris Rn. 14), sondern das Bundessozialgericht im Urteil vom 23. Juni 2015 (- B 1 KR 21/14 R -, juris Rn. 17) es für die Behandlungspflicht und den Vergütungsanspruch des zugelassenen Krankenhauses (§ 109 Abs. 4 S. 2 und 3 SGB V) als ausreichend angesehen hat, dass die Behandlung "vom generellen Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst und die behandelnde Abteilung im Krankenhaus hinreichend ausgestattet ist, um den strukturellen Anforderungen einer geriatrischen Frührehabilitation entsprechen zu können".

2.2.6.3. Die Qualifizierung als Standard-Behandlung schließt andererseits - und anders als die Klägerin meint - eine krankenhauserplanerische exklusive Zuweisung an ein Zentrum nicht zwingend aus, weil dieses - neben den besonderen Aufgaben - auch solche Leistungen erbringen darf. Hieraus folgt für den vorliegenden Fall, dass sich eine solche exklusive Zuweisung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung an die geriatrischen Zentren des Landes Sachsen-Anhalt aus dem Krankenhausplan bzw. den darin implementierten Rahmenvorgaben und damit (wegen der Bezugnahme im Bescheid, aber auch im Vorfeld der Zulassungsentscheidung zum Krankenhausplan) auch aus dem Feststellungsbescheid vom 24. Februar 2011 aufgrund des objektiven

Erklärungswertes der maßgeblichen Unterlagen aus anderen Umständen als der Zentrumseigenschaft oder der Art der Behandlungsleistung ergeben müsste. Hierfür hat der Senat indes keine hinreichenden Anhaltspunkte.

2.2.6.3.1. Soweit der Rahmenplan unter Punkt 6 ("Ausblick - langfristige Prognose bis 2025...") auf den erwarteten Anstieg von Menschen mit demenziellen Erkrankungen verweist und ausführt:

"Sachsen-Anhalt hat mit der Etablierung von geriatrischen Zentren eine wichtige Voraussetzung für die adäquate Versorgung dieses Klientels geschaffen. In den geriatrischen Zentren sind bereits Bedingungen etabliert, um die für die Behandlung von Menschen mit Demenz erforderlichen personellen und strukturellen Anforderungen zu erfüllen. Die zunehmende Zahl von Menschen mit demenziellen Erkrankungen wird weitere Anstrengungen notwendig machen. Dazu zählt neben der Akutversorgung in den geriatrischen Zentren auch die Einbeziehung von spezialisierten Ärztinnen und Ärzten, wie beispielsweise Geriater und Gerontopsychiater, in die Behandlung dementer Patienten in anderen Kliniken bis hin zur Verlegung in die geriatrischen Zentren, für die es spezifische Modalitäten zu entwickeln gilt",

macht dies zwar deutlich, dass krankenhausesplanungsrechtlich davon ausgegangen wird, dass in den geriatrischen Zentren bereits Behandlungsbedingungen vorhanden sind, die andere Krankenhäuser nicht (gleichsam automatisch) aufweisen sowie dass ein (zunehmender) Bedarf an besonderer geriatrischer Fachkompetenz besteht; dieser wird aber andererseits nicht ausschließlich von den geriatrischen Zentren erfüllt, wie der Hinweis auf die Einbeziehung entsprechend spezialisierter Ärzte in die Behandlung dementer Patienten in anderen Kliniken zeigt.

Nicht zuletzt macht auch die angesprochene Verlegungsnotwendigkeit im Hinblick darauf, dass die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nur während der im Rahmen der für die jeweilige Akutbehandlung erforderlichen Verweildauer als Krankenhausleistung anzusehen ist, deutlich, dass im Fall einer exklusiven Ansiedlung der streitgegenständlichen Maßnahme bei den geriatrischen Zentren nur solche Patienten in deren Genuss kommen könnten, die verlegungsfähig sind und ärztlicherseits zudem entschieden werden müsste, ob gerade in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung - wie dem der Klägerin - der Primärtherapie oder der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung in einem geriatrischen Zentrum der Vorzug zu geben wäre. Laut Krankenhausplan sind die geriatrischen Zentren in vielen Fällen, so auch für das "zuständige" Geriatriezentrum des Burgenlandkreises (Klinikum Burgenlandkreis gGmbH), "lediglich" einem Krankenhaus der Basisversorgung angegliedert.

2.2.6.3.2. Dieser "Zielkonflikt" zeigt sich im Übrigen auch im Geriatriekonzept des Landes Sachsen-Anhalt "Vorstellungen zur Verbesserung der Versorgung alter Menschen im Land Sachsen-Anhalt", Stand März 2009 (<https://kcgeriatrie.de/Info->

Service Geriatrie/Documents/gk\_sachsen-anhalt\_2009.pdf). Soweit hier unter Pkt. 8.2.4 ausgeführt wird, dass in einem geriatrischen Zentrum zusätzlich in der Akutphase einer Erkrankung eine frührehabilitative Komplexbehandlung (entsprechend den Anforderungen des OPS für die geriatrische Komplexbehandlung) erfolgt, korrespondiert dies mit dem in Pkt. 4.4.6 des Rahmenplanes geforderten Kriterium für die krankenhausplanerische Anerkennung als geriatrisches Zentrum, wonach die strukturellen Voraussetzungen für eine frührehabilitative Behandlung vorliegen müssen. Dass die streitgegenständliche Behandlungsleistung deshalb ausschließlich den Geriatriezentren vorbehalten ist, folgt hieraus nicht.

Für bestimmte organbezogene Behandlungen in Akutkrankenhäusern verweist das Geriatriekonzept dagegen unter Pkt. 8.2.3 auf den "Vorrang" der Primärtherapie in Krankenhäusern mit der entsprechenden speziellen Kompetenz und sieht es erst in der "Phase der Stabilisierung" als "sinnvoll" an, eine weitere Behandlungsnotwendigkeit in einer geriatrischen Einrichtung zu überprüfen. § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V geht indes davon aus, dass die erforderlichen Leistungen der Frührehabilitation bei der akutstationären Behandlung zum "frühestmöglichen Zeitpunkt" einsetzen.

Im Übrigen unterscheidet das Geriatriekonzept zwischen planbaren Behandlungen und akut auftretenden Gesundheitsstörungen. Bei den planbaren Behandlungen soll möglichst vorab geklärt werden, ob die medizinische Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus oder in einem Krankenhaus mit geriatrischen Zentrum für den jeweiligen Patienten angebracht ist (Pkt. 8.2.1 Abs. 2). Bei akut auftretenden Gesundheitsstörungen und Einweisung in ein Krankenhaus ohne geriatrisches Zentrum wird auf den Abschluss der Stabilisierungsphase abgestellt und es dem behandelnden Arzt anheimgestellt, festzustellen, ob bei dem Patienten Rehabilitationspotential vorliegt und er von einer Verlegung in ein Krankenhaus mit geriatrischem Zentrum profitieren würde (Pkt. 8.2.2). Es ist nicht feststellbar, dass sich aus diesen konzeptionellen Überlegungen zwingend ergibt, dass die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung ausschließlich in geriatrischen Zentren erfolgen kann bzw. soll und andere Akutkrankenhäuser von dieser Leistung ausgeschlossen werden sollen.

Im Übrigen ergibt sich auch kein Anhalt für die Annahme, dass das vorgenannte Geriatriekonzept zu den der Klägerin bekannten oder erkennbaren Umständen gezählt werden kann, die bei der Ermittlung des objektiven Erklärungswertes des Feststellungsbescheides vom 24. Februar 2011 und des Krankenhausplanes ab 2011 herangezogen werden können. Auch die Rahmenvorgaben nehmen hierauf keinen Bezug.

2.2.6.3.3. Soweit zudem im Anhörungsschreiben des Beklagten vom 25. August 2010 in den beigefügten Erläuterungen zum Vorschlag ausgeführt wird, dass die mögliche Nichtzuweisung eines Schwerpunktes nicht mit einem Leistungsverbot einhergehe und in Bezug auf Zentren jedenfalls nichts Gegenteiliges ausgeführt wird und sich auch nicht wegen der "besonderen Aufgaben" eines Zentrums sinngemäß ergibt, stützt auch

dieser Umstand die rechtliche Bewertung, die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im vorliegenden Fall nicht als ausschließlich den geriatrischen Zentren zugewiesene und vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin nicht mitumfasste, mithin ausgeschlossene Behandlungsleistung anzusehen.

2.2.7. Eine andere rechtliche Bewertung in Bezug auf einen Ausschluss der streitgegenständlichen Behandlungsleistung vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin ergibt sich auch nicht aus einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 S. 4 und 5 SGB V. Hierfür ist von den Beteiligten weder etwas vorgetragen worden noch sonst ersichtlich.

2.2.8. Es bedarf im Hinblick auf die für das Krankenhaus der Klägerin im Feststellungsbescheid vom 24. Februar 2011 erfolgte Zuweisung des Gebiets der Inneren Medizin, wozu - wie bereits ausgeführt - auch das Teilgebiet der Geriatrie gehört, und des im Anhörungsschreiben des Beklagten vom 25. August 2010 (auf das der Feststellungsbescheid ebenfalls Bezug nimmt) enthaltenen Hinweises, dass die Nichtzuweisung eines Schwerpunktes nicht mit einem Leistungsverbot einhergehe, auch keiner vertiefenden Ausführungen dazu, dass die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im Hinblick auf die dem Krankenhaus der Klägerin zugewiesenen Fachgebiete dem generellen Versorgungsauftrag unterfällt.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf den §§ 154 Abs. 1, 162 Abs. 3 VwGO. Es entspricht nicht der Billigkeit die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen für erstattungsfähig zu erklären, da sie weder Anträge gestellt noch das Verfahren wesentlich gefördert haben und letztlich auf Seiten der unterliegenden Partei stehen.

4. Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit folgt aus den §§ 167 VwGO, 708 Nr. 10, 711 ZPO.

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

6. Die Entscheidung über die Festsetzung der Höhe des Streitwertes für das Berufungsverfahren beruht auf den §§ 52 Abs. 1, 40, 47 GKG und folgt der erstinstanzlichen Wertfestsetzung.

### **Rechtsmittelbelehrung**

Der Beschluss über die Streitwertfestsetzung ist **u n a n f e c h t b a r** (§ 68 Abs. 1 Satz 5 GKG i. V. m. § 66 Abs. 3 Satz 3 GKG).

Im Übrigen kann die Nicht-Zulassung der Revision innerhalb eines Monats nach Zustellung dieses Beschlusses bei dem

Oberverwaltungsgericht  
des Landes Sachsen-Anhalt,  
Breiter Weg 203 - 206,  
39104 Magdeburg,

durch Beschwerde angefochten werden. Die Beschwerde muss den angefochtenen Beschluss bezeichnen.

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung dieses Beschlusses zu begründen. Die Begründung ist beim Oberverwaltungsgericht des Landes Sachsen-Anhalt einzureichen. In der Begründung muss die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt oder die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes, des Gemeinsamen Senates der Obersten Gerichtshöfe oder des Bundesverfassungsgerichtes, von der das Urteil abweicht, oder der Verfahrensmangel bezeichnet werden.

Bei dem Oberverwaltungsgericht des Landes Sachsen-Anhalt können in allen Verfahrensarten auch elektronische Dokumente nach Maßgabe von § 55a VwGO und der auf Grund von § 55a Abs. 2 Satz 2, Abs. 4 Nr. 3 VwGO erlassenen Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) eingereicht werden.

Vor dem Bundesverwaltungsgericht müssen sich die Beteiligten, außer im Prozesskostenhilfverfahren, durch Prozessbevollmächtigte vertreten lassen. Dies gilt auch für Prozesshandlungen, durch die ein Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht eingeleitet wird. Als Bevollmächtigte sind nur Rechtsanwälte oder Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz mit Befähigung zum Richteramt zugelassen. Vor dem Bundesverwaltungsgericht sind auch die in § 67 Absatz 2 Satz 2 Nr. 5 VwGO bezeichneten Organisationen einschließlich der von ihnen gebildeten juristischen Personen gemäß § 67 Absatz 2 Satz 2 Nr. 7 VwGO als Bevollmächtigte zugelassen, jedoch nur in Angelegenheiten, die Rechtsverhältnisse im Sinne des § 52 Nr. 4 VwGO betreffen, in Personalvertretungsangelegenheiten und in Angelegenheiten, die in einem Zusammenhang mit einem gegenwärtigen oder früheren Arbeitsverhältnis von Arbeitnehmern im Sinne des § 5 ArbGG stehen, einschließlich Prüfungsangelegenheiten. Die in § 67 Abs. 4 Satz 5 VwGO genannten Bevollmächtigten müssen durch Personen mit der Befähigung zum Richteramt handeln. Ein Beteiligter, der hiernach zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten. Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechtes einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechtes einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Diplom-Juristen, die nach dem 3. Oktober 1990 im höheren Verwaltungsdienst beschäftigt wurden, stehen insoweit einer Person mit Befähigung zum Richteramt gleich.

Bei dem Bundesverwaltungsgericht können in allen Verfahrensarten auch elektronische Dokumente nach Maßgabe von § 55a VwGO und der auf Grund von § 55a Abs. 2

Satz 2, Abs. 4 Nr. 3 VwGO erlassenen Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) eingereicht werden.

Becker

Kempf

Züchner