



## VERWALTUNGSGERICHT STUTTGART

### Im Namen des Volkes Urteil

In der Verwaltungsrechtssache

wegen Krankenhausfinanzierungsrecht

hat das Verwaltungsgericht Stuttgart - 4. Kammer - durch den Vorsitzenden Richter am Verwaltungsgericht , die Richterin am Verwaltungsgericht und die Richterin am Verwaltungsgericht sowie die ehrenamtlichen Richter und aufgrund der mündlichen Verhandlung

**am 01. März 2007**

für R e c h t erkannt:

Die Klagen werden abgewiesen.

Die Kläger tragen die Kosten des Verfahrens einschließlich der außergerichtlichen Kosten des Beigeladenen.

#### Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Entgelte für Leistungen eines Linksherzkathetermessplatzes am P.-Krankenhaus in YYY für das Budgetjahr 2005. Träger des Krankenhauses ist der Beigeladene.

Das P.-Krankenhaus ist nach dem Krankenhausplan 2000/2006 des Landes Baden-Württemberg ein Plankrankenhaus der Regelversorgung mit 350 Planbetten, davon 116 für die Innere Medizin.

Die Kläger und der Beigeladene schlossen am 10.10.2005 für das Budgetjahr 2005 eine vorläufige Entgeltvereinbarung gemäß § 12 KHEntgG. Strittig geblieben war zwischen ihnen die Berücksichtigung der Leistungen eines Linksherzkathetermessplatzes.

Am 19.12.2005 rief der Beigeladene deshalb die Schiedsstelle zur Festsetzung der Krankenhauspflegesätze für Baden-Württemberg an.

Durch Beschluss vom 01.02.2006 erkannte die Schiedsstelle die zusätzlichen Leistungen für den Linksherzkathetermessplatz dem Grunde nach an und setzte hierfür einen Betrag von 104.493,- € fest (Leistungsveränderungen nach B 2 Nr. 12). Weiter wurde ein krankenhausindividuelles Zusatzentgelt in Höhe von 1.064,- € festgesetzt (B 3.2 ZE 2005/19).

Zur Begründung führte der Schiedsstellenbeschluss aus:

„Zu 1.: Die Schiedsstelle ist der Auffassung, dass die Leistungen des LHKM durch den Versorgungsauftrag gedeckt sind.

Nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG dürfen Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden. Der Versorgungsauftrag ergibt sich nach § 8 Abs. 1 Satz 4 KHEntgG bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie § 109 Abs. 1 Satz 4 SGBV.

Das bedarfsgerechte Leistungsangebot eines Krankenhauses wird nach Bettenzahl und Fachgebieten entsprechend der Weiterbildungsordnung für Ärzte festgelegt. Einschränkungen innerhalb eines Fachgebietes müssen sich aus dem Plan selbst oder aus den Planfestsetzungsbescheiden zur Umsetzung des Krankenhausplanes ergeben.

Auszugehen ist davon, dass das Krankenhaus mit 116 Betten für Innere Medizin in den Krankenhausplan aufgenommen ist. Diese Fachrichtung umfasst nach der Weiterbildungsordnung auch die Kardiologie. Auch die Kostenträger gehen davon aus, dass kardiologische Leistungen im Rahmen der Inneren Abteilung durch den Versorgungsauftrag abgedeckt sind. Zu diesen kardiologischen Leistungen gehören auch die Leistungen des LHKM. Dabei kommt es nach Auffassung der Schiedsstelle nicht darauf an, dass die Aufstellung dieses Geräts nicht genehmigt worden ist. Aus dem Krankenhausplan 2000 lässt sich nicht entnehmen, dass für den Betrieb eines derartigen Großgeräts eine Genehmigung erforderlich ist. In dem Plan wird unter 9.7 vielmehr ausgeführt, dass die frühere Großgeräteplanung gem. § 122 SGB V und § 10 KHG seit In-Kraft-Treten des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes am 1. Juli 1997 aufgehoben sei. Wörtlich heißt es (Seite 54 des Krankenhausplans 2000 Baden-Württemberg Teil1):

*"Es ist seitdem Aufgabe der Selbstverwaltungspartner, den wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten sicherzustellen. Soweit*

*die Krankenhäuser Förderanträge stellen, verbleibt dem Sozialministerium über die Einzelförderung von Investitionen nach § 12 Abs. 1 Satz 3 LKHG allerdings auch weiterhin eine Planungsverantwortung für die bedarfsgerechte Versorgung der stationären Patienten mit medizinisch-technischen Großgeräten".*

Diese Ausführungen decken sich mit den Überlegungen des Gesetzgebers, die zur Aufhebung der gemeinsamen Großgeräteplanung durch die Selbstverwaltung geführt haben (vgl. die Begründung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes BT-Drucksache 13/6087 zu Nummer 32 - § 122-). Hier heißt es, dass die bisherige Form der Großgeräteplanung die Entstehung von Überkapazitäten nicht habe verhindern können. Auch hier wird hervorgehoben, dass die Selbstverwaltungspartner den wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten insbesondere über Vergütungsregelungen sicherzustellen hätten.

Im Krankenhausplan heißt es weiter (Seite 55), dass die vorhandenen Linksherzkathetermessplätze *"aus heutiger Sicht den vorhandenen Bedarf auf absehbare Zeit"* decken. Neue Standortausweisungen würden auf wenige Einzelfälle beschränkt bleiben. Aus diesen Ausführungen kann nicht, wie es die Kostenträger tun, gefolgert werden, dass der Krankenhausplan eine generelle planerische Aussage für künftige Linksherzkathetermessplätze trifft. Aus dem Zusammenhang ergibt sich nach Auffassung der Schiedsstelle vielmehr, dass Standortzuweisungen nur aufgrund eines Förderantrags in Betracht kommen können. Bestätigt wird diese Auffassung durch die Änderung der Krankenhaus- Pauschalförderungsverordnung vom 19. Juli 2005 (GBl. 2005 Seite 601), mit der die Großgerätepauschale abgeschafft wurde. In der Begründung zu dieser Verordnung 2005 heißt es (zu Artikel 1, zu Nummer 1 § 3 Bemessung der Jahrespauschale), die Standortausweisung und die gesamte Großgeräteplanung könne entfallen.

Das Landesrecht Baden-Württemberg bietet demnach zur Zeit keine Vorgaben für eine generelle Planung medizinisch-technischer Großgeräte, insbesondere enthält der Landeskrankenhausplan keine Ausweisung von Großgeräten für bestimmte Krankenhäuser. Die Auflistung der zum 01.03.2000 vorhandenen medizinisch-technischen Großgeräte, darunter auch die LHKM, in Anlage 6 zu Teil 1 des Krankenhausplans, stellt keine Planungsentscheidung dar, sondern bietet lediglich einen tatsächlichen Überblick. Dasselbe gilt für die Übersicht über medizinisch-technische Großgeräte im Krankenhausbereich, die das Ministerium für Arbeit und Soziales durchführt. Einleitend heißt es zwar im Schreiben des Sozialministeriums vom 04.08.2005 über die Auswertung der Bestands- und Auslastungserhebung für das Jahr 2004 bei medizinisch-technischen Großgeräten, dass diese Erhebung *"für die Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit von stationären medizinisch-technischen Großgeräten"* durchgeführt werde. Die Bedarfsgerechtigkeit wird aber nicht generell, sondern nur im Einzelfall bei Fördermaßnahmen geprüft. Wenn das Krankenhaus wie im vorliegenden Fall keinen Förderantrag gestellt hat, besteht keine rechtliche Möglichkeit zur Prüfung der Bedarfsgerechtigkeit und der Standortausweisung.

Zu 2.: Die Schiedsstelle sieht einen hohen Sachkostenanteil im Sinne des § 4 Abs. 4 Satz KHEntgG, auf den der Antragsteller sich stützt, für den Pflegesatzzeitraum 2005 bei einem Sachkostenanteil ab 50 % als gegeben an. Darunter fallen hier

F17Z und F26Z mit insgesamt 20,344 Bewertungsrelationen. Für diesen Anteil der Mehrleistungen ist nach Auffassung der Schiedsstelle eine Finanzierung zu 50 % angemessen. Die restlichen Mehrleistungen (129,664 Bewertungsrelationen) werden gemäß § 4 Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 KHEntgG mit 21,2 % berücksichtigt. Somit errechnen sich 28.223 Euro + 76.270 Euro, zusammen 104.493 Euro.

...

Zu 3.: Das Krankenhaus kann gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG die Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Zusatzentgelts für die Leistung ZE 2005-19 verlangen. Die Schiedsstelle setzt die Entgelthöhe mit 1.064 Euro fest. Sie hält diesen von den Kostenträgern festgestellten Mittelwert für die Entgelthöhe für sachgerecht.

Bei E.3.2 ist deshalb die Entgelthöhe für ZE 2005-19 mit 1.064 Euro festzusetzen.“

Nachdem in der Folgezeit zwischen den Klägern und dem Beigeladenen keine einvernehmliche Pflegesatzvereinbarung zu Stande kam, rief der Beigeladene am 03.04.2006 erneut die Schiedsstelle an.

Mit Beschluss vom 19.04.2006 wies die Schiedsstelle darauf hin, dass die Entgelte für das Jahr 2005 endgültig auf der Grundlage des Beschlusses vom 01.02.2006 feststünden, wobei sie im Hinblick auf das Vorbringen der Kläger und des Beigeladenen von der rechtlichen Richtigkeit aller Beträge ausgehe.

Am 19.05.2006 beantragten die Kläger beim Regierungspräsidium Stuttgart, den Schiedsstellenbeschluss nicht zu genehmigen, während der Beigeladene am 30.05.2006 die Genehmigung des Schiedsstellenbeschlusses beantragte.

Mit Bescheid vom 14.08.2006 erteilte das Regierungspräsidium gemäß § 14 Abs. 1 KHEntgG die Genehmigung und wies den Gegenantrag der Kläger als unbegründet zurück.

Der Bescheid wurde den Klägern am 16.08.2006 zugestellt.

Am 13.09.2006 haben die Kläger Klagen zum Verwaltungsgericht Stuttgart erhoben.

Zur Begründung tragen sie vor:

Der Linksherzkathetermessplatz sei im Krankenhausplan 2000 für Baden-Württemberg nicht ausgewiesen. Das Krankenhaus habe auch beim Ministerium für Arbeit und Soziales

Baden-Württemberg keinen Antrag auf Anerkennung der Bedarfsgerechtigkeit oder Förderung des Linksherzkathetermessplatzes nach den Vorschriften des LKHG gestellt. Ein solcher Antrag sei offenbar unterblieben, um eine negative Entscheidung des Sozialministeriums zu vermeiden. Denn für einen solchen Messplatz bestünde im Paracelsuskrankenhaus kein Bedarf. Die Kostenträger seien sich in der Einschätzung einig, dass die bei den Städtischen Kliniken XXX. bereits bestehenden zwei Linksherzkathetermessplätze zur Versorgung auch des Einzugsbereichs des P.-Krankenhauses ausreichten.

Nach § 11 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG regelten die Vertragsparteien die Entgelte des Krankenhauses nach Maßgabe der §§ 3-6 und unter Beachtung seines Versorgungsauftrags. Aus § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG folge, dass Entgelte, die wegen Überschreitung des Versorgungsauftrags nach dieser Vorschrift nicht berechnet werden dürften, auch in der Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus nicht zu berücksichtigen seien. Der Versorgungsauftrag ergebe sich nach § 8 Abs. 1 Satz 4 KHEntgG aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung. Nach § 6 Abs. 1 KHG stellten die Länderkrankenhäuser Pläne und Investitionsprogramme auf. In Baden-Württemberg stelle der Krankenhausplan gemäß § 5 Abs. 1 LKHG die für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung erforderlichen Krankenhäuser dar. Dieser enthalte in Teil I Ziffer 9.7 auch Festlegungen zu medizinisch-technischen Großgeräten in Krankenhäusern. Hierzu enthalte der Krankenhausplan die Aussage, dass die vorhandenen Linksherzkathetermessplätze aus heutiger Sicht den vorhandenen Bedarf auf absehbare Zeit deckten. Neue Standortausweisungen blieben auf Einzelfälle beschränkt. Hieraus ergebe sich, dass der Krankenhausplan nicht nur den derzeitigen Bestand in seinem Anhang 6 wiedergebe, sondern auf einer Bedarfsprüfung beruhe und zugleich eine negative planerische Aussage treffe. Die hiernach allenfalls für den Einzelfall noch in Betracht zu ziehenden Standorte seien auf Grund einer Einzelförderung nach § 12 Abs. 1 LKHG zu bestimmen. Die Genehmigungspraxis des Sozialministeriums, wonach etwa für das Kreiskrankenhaus B. die Förderung eines Linksherzkathetermessplatzes abgelehnt worden sei, bestätige diesen Befund. Der Annahme, dass durch den Krankenhausplan und die Entscheidung des Ministeriums eine Großgeräteplanung betrieben werde, stehe nicht entgegen, dass ab 01.01.1997 die Großgeräteplanung nach § 10 KHG a.F. entfallen sei. Aus dem Wegfall könne insbesondere nicht abgeleitet werden, dass der Betreiber eines Großgerätes heute keinen Beschränkungen mehr unterliege. Durch die Streichung des § 10 KHG sei den Ländern nicht die Planungskompetenz im Bereich der Krankenhausversorgung genommen worden. Das Land Baden-Württemberg habe die Standortfestlegung für

Großgeräte im Rahmen seines Investitionsprogrammes und damit der Krankenhausplanung beibehalten. Selbst wenn man diese Einschätzung nicht teilen wollte, so hätten die Kostenträger eine originäre Planungsverantwortung. Diese könnten sie im Rahmen der Entgeltvereinbarung nach dem KHEntgG als ein Korrelat ihrer Finanzierungslast ausüben. Das Krankenhaus habe keinen generellen Anspruch auf Mehrleistungen, die kein unabweisbares Bedürfnis nach Sicherstellung einer insgesamt landesweit ausreichenden und wirtschaftlichen Versorgung befriedigten. Dies folge auch aus § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG. Hiernach seien Veränderungen der Art und Menge der voraussichtlich zu erbringenden Fallpauschalen und Zusatzentgelte lediglich zu *berücksichtigen*. Wie aus dem allgemeinen Planungsrecht bekannt sei, bedeute *berücksichtigen* weniger als die unmittelbare Anwendung und vollinhaltliche Übernahme. Demzufolge könnten Mehrleistungen unberücksichtigt bleiben, wenn sie auf der Schaffung nicht bedarfsnotwendiger und/oder unwirtschaftlicher Strukturen beruhten.

Im Übrigen hätten die festgesetzten Entgelte auch in der konkreten Höhe nicht genehmigt werden dürfen. Die Ausnahmegesetzgebung des § 4 Abs. 4 Satz 4 KHEntgG komme im vorliegenden Fall nur in Betracht, wenn die im Streit stehenden Leistungen Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil darstellten. Wann ein hoher Sachkostenanteil anzunehmen sei, definiere das Gesetz nicht. Es sei in diesem Zusammenhang zwar nachvollziehbar, von einem Sachkostenanteil von 50 v.H. auszugehen. Die Schiedsstelle sei allerdings der Auffassung gewesen, dass je DRG geprüft werden müsste, ob die Voraussetzungen vorlägen. Dies sei ihrer Auffassung nach bei den DRG F17Z und F26Z der Fall gewesen. § 4 Abs. 4 Satz 2 KHEntgG spreche jedoch pauschal von den für zusätzliche Leistungen entstehenden zusätzlichen Kosten, was es nahe lege, diese ebenso wie im Rahmen der generellen Regelung des § 4 Abs. 4 Satz 2 und 3 KHEntgG als Summe zu bewerten und nicht als einzelne Kosten der jeweils anfallenden Kostenfallpauschale. Gehe man von einer Summenbetrachtung aus, liege ein hoher Sachkostenanteil nur dann vor, wenn die zusätzlichen Leistungen im Durchschnitt einen Sachkostenanteil von mehr als 50 v.H. hätten. Vorliegend belaufe sich der durchschnittliche Sachkostenanteil aber auf 39,19 v.H. Selbst wenn man von der von der Schiedsstelle für richtig gehaltenen Einzelfallbetrachtung ausgehe, sei die Entscheidung mit geltendem Recht nicht vereinbar. Denn in diesem Falle hätte die Schiedsstelle die betreffenden Leistungen nicht mit dem von ihr angenommenen Finanzierungsanteil von 50 v.H. im Ausgangswert berücksichtigen dürfen. Nach deren Auffassung seien die betreffenden Leistungen zu 50 v.H. zu finanzieren. Es trete also an die Stelle des in § 4 Abs. 4 Satz 2 des Jahres 2005 vorgesehenen Finanzierungs-

satzes von 33 v.H. auf Grund des angenommenen Sachkostenanteils ein Finanzierungssatz von 50 v.H. Ebenso wie der Finanzierungssatz von 33 v.H. nicht in voller Höhe im Ausgangswert berücksichtigt werden dürfe, gelte diese auch für den von der Schiedsstelle angenommenen Finanzierungssatz von 50 v.H. Denn die Finanzierung erfolge nur zum Teil über den Ausgangswert. Hinzu trete die Finanzierung nach § 4 Abs. 6 KHEntgG in Höhe von im Jahr 2005 15 v.H. der Differenz zwischen Zielwert und Ausgangswert. Würden beim Ausgangswert Mehrleistungen zu 50 v.H. berücksichtigt, ergebe sich auf Grund der Regelung in § 4 Abs. 6 im Ergebnis eine Finanzierung in Höhe von 57,5 v.H.

Für das Zusatzentgelt ZE 2005-19 habe die Schiedsstelle einen zu hohen Preis (in Höhe von 1.064,- €) festgesetzt. Sie habe sich bei ihrer Festsetzung an dem ungewichteten Mittelwert orientiert, der sich aus den bisher mit anderen Krankenhäusern vereinbarten Entgelthöhen ergebe. Die Kläger hätten im Schiedsstellenverfahren darauf hingewiesen, dass sie in anderen Fällen bereits einen Preis in Höhe von 900,- € vereinbart hätten. Könne aber ein Krankenhaus in anderen Fällen diesen Preis akzeptieren, dann müsse es auch das Krankenhaus des Beigeladenen tun.

Die Kläger beantragen,

den Bescheid des Regierungspräsidiums Stuttgart vom 14.08.2006 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,

die Klagen abzuweisen.

Zur Begründung verweist er auf die Ausführungen des angegriffenen Bescheides sowie die Begründung des Schiedsstellenbeschlusses vom 01.02.2006.

Der Beigeladene beantragt,

die Klagen abzuweisen.

Die Leistungen für einen Linksherzkathetermessplatz seien vom Versorgungsauftrag des P.-Krankenhauses umfasst. Es sei nach dem Krankenhausplan Baden-Württemberg mit 116 Planbetten für Innere Medizin ausgewiesen. Die Fachrichtung Innere Medizin umfasse

nach der Weiterbildungsordnung 2006 auch den Schwerpunkt Kardiologie. Auch für das streitige Budgetjahr 2005 hätten die Kläger in der vorläufigen Vereinbarung verschiedene kardiologische DRG akzeptiert. Eine Differenzierung zwischen kardiologischen Leistungen ohne Linksherzkathetermessplatz einerseits und mit Linksherzkathetermessplatz andererseits sei dem Krankenhausplan nicht zu entnehmen. Denn der Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte werde im Krankenhausplan nicht näher ausgestaltet. Die frühere Großgeräteplanung gemäß § 122 SGB V und § 10 KHG sei seit 01.07.1997 aufgehoben. Nach § 17 Abs. 3 Nr. 3 KHG a.F. seien noch die Kosten für den Einsatz von Großgeräten, deren Anschaffung nicht abgestimmt gewesen sei, nicht pflegesatzfähig gewesen. Auch das Landesrecht Baden-Württemberg enthalte keine Vorgaben für die Planung im Hinblick auf medizinisch-technische Großgeräte. Der Krankenhausplan Baden-Württemberg 2000 enthalte zwar im Anhang 6 zu Teil 2 eine Auflistung der zum 01.03.2000 vorhandenen medizinisch-technischen Großgeräte, darunter Linksherzkathetermessplätze. Es handele sich jedoch lediglich um eine Bestandsaufnahme, nicht um eine Planung. Im Krankenhausplan selbst werde ausgeführt, dass die frühere Großgeräteplanung aufgehoben sei. Der Anhang 6 habe keinen planerischen Gehalt, sondern stelle lediglich eine nachrichtliche Übernahme dar. Dies werde auch daraus deutlich, dass in der Auflistung das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg aufgeführt werde, welches nicht Gegenstand des Krankenhausplanes sei. Eine gewisse Planungsverantwortung sei dem Land nur insoweit verblieben, als die Krankenhäuser Förderanträge stellten. Die Kläger vermischten in unzulässiger Weise Förderrecht und Krankenhausplanungsrecht. Die Auffassung der Kläger, dass nunmehr sie eine Planungsverantwortung wahrnehmen würden, weil das Land Baden-Württemberg dies nur partiell täte, sei rechtlich unzutreffend. Die Entscheidung, Großgeräte ab 1997 nicht mehr generell zu planen, sei eine planerische Entscheidung. Die Kostenträger hätten keine eigene Planungsverantwortung. Sie hätten als Vertragspartei keine Möglichkeit, auf den spezifischen Versorgungsauftrag des Krankenhauses Einfluss zu nehmen. Gemäß § 109 Satz 2 SGB V gelte bei Plankrankenhäusern die Aufnahme in den Krankenhausplan als Abschluss des Versorgungsvertrags. Dieser sei gemäß § 109 Abs. 1 Satz 3 SGB V für alle Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich. Allenfalls nach Maßgabe des hier nicht relevanten § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V könnten weitere Vereinbarungen geschlossen werden. Die Bemühungen, den Krankenkassen Mitwirkungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Leistungsstrukturen von Krankenhäusern einzuräumen, seien im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zum Fallpauschalengesetz gescheitert. Die noch im Gesetzesentwurf vorgesehenen Verträge zur Gestaltung der Leistungsstruktur im Rahmen des Versorgungsauftrags seien im Vermittlungsausschuss

gestrichen worden. Die Kläger versuchten, Kompetenzen an sich zu ziehen, die ihnen der Gesetzgeber nicht zugewiesen habe. Die in diesem Zusammenhang von ihnen vorgenommene Auslegung des Tatbestandsmerkmals „berücksichtigen“ im Sinne von § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG sei hierfür ungeeignet. Sie werde weder von der herrschenden Meinung noch von den Gesetzesmaterialien gestützt. Hiernach stelle die Gesetzesbegründung allein auf die Finanzierung ab. Leistungsänderungen sollten zu einem bestimmten Prozentsatz finanziert werden. Allein diese Finanzierungspflicht sei mit dem Merkmal „berücksichtigen“ gemeint. Letztendlich sei auch das Vorbringen der Kläger, wonach am Standort YYY kein Bedarf für einen Linksherzkathetermessplatz bestehe, unzutreffend. Denn das Haupteinzugsgebiet des P.-Krankenhauses sei der Bereich F. und tendiere nicht in Richtung XXX.

Die Einwände gegen die konkrete Festsetzung der Entgelte seien nicht tragfähig. Es sei schon unzutreffend, wenn eine Finanzierung nach § 4 Abs. 4 Satz 4 KHEntgG nur dann in Betracht kommen solle, wenn alle Leistungsveränderungen zusammen einen hohen Sachkostenanteil aufwiesen. Die Vorschrift stelle schon vom Wortlaut auf den Einzelfall ab. Da Satz 2 die Grundfinanzierung aller Leistungsveränderungen angebe, könne sich der Einzelfall nur auf einzelne DRG/Zusatzentgelte mit hohem Sachkostenanteil innerhalb der gesamten Leistungsveränderungen beziehen. Auch die Beispiele in § 4 Abs. 4 KHEntgG sprächen für diese Auslegung. Es sei lebensfern anzunehmen, dass alle Mehrleistungen auf z.B. Transplantationen beruhen müssten. Diese seien vielmehr typische Einzelfalleleistungen neben den sonstigen gewöhnlichen Leistungen und dürften nach dem gesetzgeberischen Willen in der Finanzierung gesondert berücksichtigt werden. Wenn die Kläger geltend machten, es sei fehlerhaft gewesen, 50 v.H. in den Ausgangswert einzustellen, wenn die in Frage stehenden DRG mit insgesamt 50 v.H. finanziert werden sollten, da dann der tatsächliche Finanzierungsanteil bei 57,5 v.H. liege, so sei zwar dieser Rechengang nicht zu beanstanden. Die Kläger interpretierten aber den Schiedsspruch einseitig. Die Schiedsstelle habe auf Seite 8 ausgeführt, dass für den Anteil der Mehrleistungen mit hohem Sachkostenanteil eine Finanzierung von 50 v.H. (und nicht zu 57,5 v.H.) angemessen sei. Jedoch bezögen die Kläger diese Aussage unzutreffend auf die Gesamtfinanzierung. Aus der Verhandlung vor der Schiedsstelle und aus der Begründung selbst gehe aber hervor, dass sich die Schiedsstelle ersichtlich immer auf die Finanzierung im Ausgangswert bezogen habe. Die Schiedsstelle habe nicht die Finanzierung nach Durchlaufen der Konvergenzmechanik im Auge gehabt. Dies sei auch gesetzestechnisch zu erklären. Nach § 4 Abs. 4 Satz 4 KHEntgG würden abweichend von den Sätzen 2 und 3 die zusätz-

lich entstehenden Kosten vereinbart. Gegenstand der Vereinbarung könne aber nur der Ausgangswert sein, da die Konvergenzmechanik bereits gesetzlich festgelegt sei. Verhandlungsgegenstand sei daher nur der Ausgangswert. Dies bedeute aber nichts anderes, als dass die Schiedsstelle wissentlich im Rahmen ihrer Einschätzungsprärogative von einer Finanzierungsberechtigung in Höhe von 50 v.H. im Ausgangswert und damit von einer Gesamtfinanzierungsberechtigung in Höhe von 57,5 v.H. nach Durchlaufen der Konvergenzmechanik ausgegangen sei.-Eine Gesamtfinanzierung in Höhe von 57,5 v.H. liege jedoch im Rahmen der Einschätzungsprärogative der Schiedsstelle und verstoße nicht gegen Krankenhausfinanzierungsrecht. Denn von diesem wäre auch eine Finanzierungsquote von 100 v.H. gedeckt.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die gewechselten Schriftsätze verwiesen.

Dem Gericht lagen die Akten des Regierungspräsidiums vor.

#### **Entscheidungsgründe:**

Die zulässigen Klagen sind nicht begründet.

Der vorläufige Genehmigungsbescheid des Regierungspräsidiums Stuttgart vom 29.05.2006 ist rechtmäßig und verletzt die Kläger nicht in eigenen Rechten (vgl. § 113 Abs. 1 VwGO).

Rechtsgrundlage für die Genehmigung des Schiedsstellenbeschlusses ist § 14 Abs. 1 S. 2 KHEntgG i.V.m. § 18 Abs. 5 KHG. Das Regierungspräsidium ist zu Recht davon ausgegangen, dass die Festsetzung im Schiedsstellenbeschluss vom 14.08.2006 rechtlich nicht zu beanstanden ist (vgl. BVerwG, U.v. 26.09.2002 - 3 49.01 - DVBl 2003, 674 m.w.N.).

Die Schiedsstelle hat in ihrem Beschluss ausführlich und in der Sache zutreffend dargelegt, dass die Einrichtung des Linksherzkathetermessplatz und die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen dem Versorgungsauftrag des P.-Krankenhauses entsprechen und eine Großgeräteplanung nicht (mehr) stattfindet. Das Gericht verweist daher zur Vermeidung von Wiederholungen auf die oben wiedergegebenen Ausführungen der Schiedsstelle, die es sich ausdrücklich zu eigen macht. Die hiergegen von den Klägern erhobenen Einwände sind nicht tragfähig. Die Entscheidung des Gesetzgebers, mit Wirkung vom

01.07.1997 von einer (auch für die Vertragsparteien) verbindlichen Großgeräteplanung abzusehen, beansprucht auch für das Land Baden-Württemberg Geltung und wird nicht durch die gesetzlichen Möglichkeiten einer Einzelförderung nach Maßgabe des § 12 Abs. 1 LKHG mittelbar aufrecht erhalten. Es fehlt an jedem greifbaren Anhaltspunkt im Regelwerk des LKHG, der einen Schluss darauf zuließe, dass das Land hiernach befugt wäre, abweichend von der Entscheidung des Bundesgesetzgebers über seine Förderpraxis eine verbindliche Planung zu betreiben. Den Klägern kommt auch keine eigenständige Planungsverantwortung zu. Eine solche lässt sich namentlich nicht aus der in § 4 Abs. 4 S. 1 Nr. 1 und S. 4 KHEntgG angesprochenen „Berücksichtigung“ von bestimmten Tatbeständen bzw. zusätzlichen Kosten ableiten. Der Beklagte und der Beigeladene weisen zu Recht darauf hin, dass es sich insoweit um ein gesetzliches Gebot dessen handelt, was bei der abzuschließenden Vereinbarung in die Verhandlungen einzustellen ist bzw. was im Falle eines Nichtzustandekommens einer Vereinbarung die Schiedsstelle zum Gegenstand und zur Grundlage ihrer Entscheidung zu machen hat (vgl. ausführlich und überzeugend auch Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegegesetzverordnung und Folgerecht, § 4 KHEntgG, Ziffer 2). Der Beigeladene hat auch zu Recht darauf hingewiesen, dass eine im Kontext der Aufhebung der staatlichen Großgeräteplanung angeordnete eigenständige planerische Einflussnahmemöglichkeit der Kostenträger nicht Gesetz geworden ist. Vor diesem Hintergrund kommt es auf die von den Klägern diskutierten Details der Versorgungsstruktur im Landkreis XXX nicht an.

Im Schiedsstellenbeschluss wurde auch zu Recht im Rahmen des § 4 Abs. 4 S. 4 KHEntgG eine Einzelfallbetrachtung zum Ausgangspunkt genommen für die Frage, ob eine Unterdeckung aufgrund der Vomhundertsätze nach Satz 2 anzunehmen ist und in welcher konkreten Höhe dies der Fall ist. Gegen die von den Klägern für richtig gehaltene Gesamtbetrachtung spricht schon der Wortlaut der Vorschrift, die ausdrücklich auf den Einzelfall abhebt, was im Übrigen auch der Wortwahl in der Gesetzesbegründung entspricht (vgl. BT-Drucks. 15/3672, S. 14 re. Sp.). Hätte der Gesetzgeber im Übrigen eine notwendigerweise zu Lasten der Krankenhäuser wirkende Nivellierung und Durchschnittsbetrachtung aller zusätzlichen Leistungen vorgeben wollen, so hätte er solches deutlich zum Ausdruck bringen müssen und nicht - im Gegenteil - durch die Benennung von Beispielfällen in eine andere Richtung weisen dürfen.

Die Festsetzung der Schiedsstelle ist auch nicht in sich widersprüchlich und überschreitet deshalb auch nicht den ihr eingeräumten Beurteilungsspielraum (vgl. hierzu BVerwG, U.v.

23.11.1993 - 3 C 47.91 - NJW 1994, 2435; v. 22.6.1995 - 3 C 34.93 - Buchholz 451.74 § 18 KHG Nr. 5). Dem Beschluss kann nicht hinreichend deutlich entnommen werden, dass der Schiedsstelle gewissermaßen ein Denkfehler unterlaufen ist und sie den erst nach der verbindlichen Ermittlung und Festlegung des nach § 4 Abs. 4 KHEntgG veränderten Ausgangswerts greifenden zwingenden gesetzlichen Mechanismus des § 4 Abs. 6 KHEntgG übersehen hat und eigentlich nur eine Gesamtfinanzierung in Höhe von 50 v.H zugestehen wollte, dieses Ziel dann aber im Ergebnis verfehlt hat. Dass dies nicht der Fall war, wird zumindest aus dem Kontext der Begründung der Entscheidung (zu 2.) deutlich, die an dieser Stelle ausdrücklich die Ermittlung des veränderten Ausgangswerts im Auge hat. Hinzu kommt, dass von der gesetzlichen Systematik nur die veränderten Ausgangswerte der Vereinbarung der Vertragsparteien und damit auch der davon abgeleiteten Entscheidungskompetenz der Schiedsstelle unterliegen.

Schließlich hat die Schiedsstelle mit der Festsetzung des krankenhausindividuellen Zusatzentgelts für medikamente-freisetzende Koronarstents in Höhe von 1.064,- € den ihr eingeräumten Beurteilungsspielraum nicht überschritten. Sie hat sich insoweit an einem von den Klägern selbst ermittelten Durchschnittswert der tatsächlich vereinbarten Entgelthöhen orientiert. Da die vereinbarten oder festgesetzten Werte nur teilweise die tatsächlichen Kosten widerspiegeln (vgl. etwa auch das vom Beigeladenen eingeholte Angebot vom 13.07.2005) und oftmals im Rahmen einer Gesamtvereinbarung bzw. Gesamtlösung zustande kommen, die selbst auch Ausdruck eines gegenseitigen Nachgebens ist, kann ein rechtlicher Zwang des Inhalts, dass sich die Schiedsstelle am niedrigsten Wert zu orientieren hat, nicht anerkannt werden. Eine Mittelwertlösung kann vor diesem Hintergrund jedenfalls nicht als sachwidrig angesehen werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf den §§ 154 Abs. 1, 159 S. 1 und § 162 Abs. 3 VwGO, § 100 Abs. 1 ZPO. Es entspricht der Billigkeit, die außergerichtlichen Kosten des Beigeladenen für erstattungsfähig zu erklären, weil er mit der Antragstellung nach § 154 Abs. 3 VwGO ein Kostenrisiko eingegangen ist.

### **Beschluss vom 01. März 2007**

Der Streitwert wird gem. § 52 Abs. 1 GKG auf

**159.762,20- €**

festgesetzt.