



Verwaltungsgericht der Freien Hansestadt Bremen

Az.: 5 K 1184/17

*Urteil niedergelegt in unvollständiger Fassung
auf der Geschäftsstelle am 24.09.2018
gez. Krause
Justizobersekretärin als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle*

Im Namen des Volkes!

Urteil

In der Verwaltungsrechtssache

der [REDACTED]
[REDACTED]

Klägerin,

Proz.-Bev.:

[REDACTED]
Gz.: - [REDACTED] -

g e g e n

die Freie Hansestadt Bremen, vertreten durch den Senator für Gesundheit, Contrescarpe
72, 28195 Bremen,

Beklagte,

Prozessbevollmächtigte:

Frau [REDACTED]
[REDACTED]
Gz.: - [REDACTED] -

beigeladen:

1. [REDACTED]
[REDACTED] Bremen,

2. [REDACTED]
[REDACTED] Bremen,

3.

Bremen,

hat das Verwaltungsgericht der Freien Hansestadt Bremen - 5. Kammer - durch Richter Prof. Sperlich, Richter Horst und Richter Dr. Kiesow sowie die ehrenamtlichen Richter Larisch und Eichelberg aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 13. September 2018 für Recht erkannt:

Der Genehmigungsbescheid vom 18.04.2017 wird aufgehoben. Die Beklagte wird verpflichtet, dem Festsetzungsbeschluss der Schiedsstelle für die Festsetzung von Krankenhauspflegesätzen nach § 18a KHG vom 18.01.2017 die Genehmigung zu versagen.

Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die ihre Kosten selbst tragen.

Das Urteil ist wegen der Kosten gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrags vorläufig vollstreckbar.

gez. Prof. Sperlich

gez. Horst

gez. Dr. Kiesow

Tatbestand

Die Klägerin begehrt die Anerkennung der von ihr betriebenen neonatologischen Intensivstation als besondere Einrichtung im Sinne des § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG in Verbindung mit § 1 Abs. 5 der Vereinbarung über die Bestimmung besonderer Einrichtungen für das Jahr 2016 (VBE 2016).

Die Klägerin ist Rechtsträgerin des AMEOS Klinikums Am Bürgerpark mit Sitz in Bremerhaven. Das Klinikum ist als Plankrankenhaus im Landeskrankenhausplan 2010 – 2015 des Landes Bremen aufgenommen und hat laut Feststellungsbescheid des Senators für Gesundheit vom 02.12.2015 insgesamt 215 vollstationäre Betten, von denen für das Fachgebiet Pädiatrie 42 Betten eingeplant sind. Die pädiatrische Leistungserbringung erfolgt dabei an zwei Standorten. Die Klägerin hält die überwiegende Anzahl ihrer pädiatrischen Betten an ihrem Hauptstandort in der Schiffdorfer Chaussee 29 vor, zugleich hält sie vier dezentrale neonatologische Intensivbetten an

einem weiteren Standort in Bremerhaven-Reinkenheide vor. An dem Standort in Bremerhaven-Reinkenheide erbringt die Klägerin neonatologische Leistungen durch eine an die Geburtsstation des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide räumlich angegliederte neonatologische Intensivstation.

Die Finanzierung der dort erbrachten Leistungen steht zwischen den Beteiligten bereits seit der Übernahme des Krankenhauses durch die Klinikgruppe der Klägerin im Streit. Nachdem die Klägerin für ihre neonatologische Intensivstation für das Entgeltjahr 2013 erfolglos einen Sicherstellungszuschlag gem. § 5 Abs. 2 KHEntgG a.F. beantragte und hierüber eine noch nicht rechtskräftige ablehnende Entscheidung der Kammer erging (Urt. v. 10.08.2017 – 5 K 667/15), vereinbarten die Vertragsparteien für das Entgeltjahr 2015 die Gewährung eines unbenannten Zuschlags für die Vorhaltekosten für die neonatologische Intensivstation in Höhe von [REDACTED] Euro.

Für den Entgeltzeitraum 2016 beantragte die Klägerin erneut einen Zuschlag für die Vorhaltekosten für ihre neonatologische Intensivstation in Höhe von [REDACTED] Euro, worüber zwischen den Vertragsparteien jedoch keine Einigung erzielt werden konnte. Im Rahmen des anschließenden Schiedsstellenverfahrens erhöhte die Klägerin diese Forderung auf [REDACTED] Euro.

Mit Schiedsspruch vom 18.01.2017 beschloss die Schiedsstelle, dass für die Vorhaltekosten der von der Klägerin betriebenen neonatologischen Station kein Zuschlag festgesetzt werde. Zwar liege der von den Beigeladenen bestrittene Versorgungsauftrag der Klägerin für den Betrieb der neonatologischen Sattelitenstation am Standort der Klinik Bremerhaven-Reinkenheide vor. Bei dieser Station handele es sich jedoch nicht um eine besondere Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 5 VEB 2016. Zwar sei nach den Darlegungen der Klägerin die Annahme gerechtfertigt, dass die Finanzierung der Vorhaltekosten für die Station mit dem Fallpauschalensystem nicht gewährleistet werden könne. Diese Unterdeckung habe ihren Grund jedoch nicht in sehr niedrigen und nicht verlässlich kalkulierbaren Fallzahlen, wie sie die Bestimmung des § 1 Abs. 5 VBE 2016 voraussetze. Die Typologie der Beispielsfälle des § 1 Abs. 5 VBE 2016, in dem neonatologische Satellitenstationen mit Isolierstationen und Einrichtungen für Schwerbrandverletzte gleichgesetzt würden, spreche dafür, dass es sich um Einrichtungen handeln müsse, die nur gelegentlich in Anspruch genommen würden, zum Beispiel bei seltenen Erkrankungen oder Notfällen. Die Regelung des § 1 Abs. 5 VBE 2016 sei auf wenige Einrichtungen beschränkt. Neonatologische Satellitenstationen könnten nach dieser Zwecksetzung nur dann dazu gehören, wenn sie im Verbund mit geburtshilflichen Abteilungen betrieben würden, in denen Risikogeburten und kindliche

Notfälle nur gelegentlich vorkämen. Die von der Klägerin nachgewiesene Fallzahl von 289 im Jahr 2015 belege deutlich, dass die Station nicht einer Einrichtung entspreche, die nur gelegentlich und von wenigen Patienten in Anspruch genommen werde. Dabei sei auch zu beachten, dass es sich bei § 1 Abs. 5 VBE 2016 um eine eng auszulegende Ausnahmegvorschrift handele.

Mit Genehmigungsbescheid vom 18.04.2017 genehmigte die Beklagte den Beschluss der Schiedsstelle und lehnte den von der Klägerin gestellten Antrag auf Versagung der Genehmigung ab. Sie folge vollumfänglich dem Schiedsspruch, insbesondere den dargelegten Gründen für die Nichtanerkennung der neonatologischen Station als besondere Einrichtung.

Hiergegen hat die Klägerin am 11.05.2017 Klage erhoben. Sie ist der Auffassung, der Genehmigungsbescheid sei bereits formell rechtswidrig, weil die pauschale Übernahme der Schiedsstellenentscheidung nicht den Anforderungen des § 39 Abs. 1 Satz 1 BremVwVfG genüge. Darüber hinaus sei der Genehmigungsbescheid auch materiell rechtswidrig. Anders als die Schiedsstelle meine, handele es sich bei der neonatologischen Sattelitenstation nicht um eine normale Abteilung mit lediglich schlechter Auslastung im Sinne der amtlichen Begründung zur Fallpauschalenverordnung besondere Einrichtungen 2005 (FPVBE 2005). Eine normale Abteilung mit lediglich schlechter Auslastung zeichne sich dadurch aus, dass Patienten in andere Krankenhäuser abwanderten oder ein Versorgungsbedarf im Einzugsgebiet nicht gegeben sei. Dies sei bei der neonatologischen Versorgung jedoch gerade nicht der Fall. Daher würde die Beklagte hier auch keine krankenhauplanerischen Konsequenzen ziehen. In der neonatologischen Sattelitenstation würden jährlich ca. 300 Fälle, davon 10 Level 2-Frühchen behandelt. Dies seien zwar deutlich mehr Fälle als in einer Isolierstation oder einer Einrichtung für Schwerbrandverletzte, solche Einrichtungen ließen sich jedoch von vornherein nicht mit neonatologischen Sattelitenstationen vergleichen. Aus der amtlichen Begründung zur FPVBE 2005 ergebe sich, dass mindestens 3.000 Geburten jährlich betreut werden müssten. Daher könne für das Vorliegen einer besonderen Einrichtung nicht gefordert werden, dass diese insgesamt nur „extrem“ wenige Fälle betreue. Vielmehr seien dann auch 300 Fälle als sehr niedrig im Sinne der VBE 2016 anzusehen, zumal hiervon nur ein Bruchteil von rund 10 Fällen auf die besonders hervorgehobenen Level 2-Frühchen entfalle.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Genehmigungsbescheides vom 18.04.2018 zu verpflichten, den Festsetzungen der Schiedsstelle für die

Festsetzung von Krankenhauspflegesätzen nach § 18a KHG im Land Bremen vom 18.01.2017 die Genehmigung zu versagen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Zur Begründung bezieht sie sich auf die Gründe des angefochtenen Bescheides und führt ergänzend an, dass sie dem Begründungserfordernis genügt habe. Nach § 39 Abs. 2 Nr. 2 BremVwVfG bedürfe es keiner Begründung, soweit demjenigen, für den der Verwaltungsakt bestimmt ist, oder der von ihm betroffen wird, die Auffassung der Behörde über die Sach- und Rechtslage bereits bekannt oder auch ohne Begründung für ihn ohne weiteres erkennbar ist. Vor diesem Hintergrund sei der Verweis auf die Ausführungen der Schiedsstelle als Begründung ausreichend gewesen. Ihr Genehmigungsbescheid sei auch materiell rechtmäßig. Im Unterschied zu § 1 Abs. 3 VBE 2016 löse sich Abs. 5 vom Fachabteilungskriterium und setze voraus, dass hohe Vorhaltekosten mit sehr niedrigen und dazu noch von Jahr zu Jahr schwankenden Fallzahlen zusammenträfen. Aus den zur Verfügung stehenden Daten ergebe sich, dass die Fallzahl der von der Klägerin betriebenen Neonatologie seit dem Jahr 2013 stets und teilweise deutlich über 300 gelegen habe. Diese Fallzahlen seien weder sehr niedrig, noch wiesen sie darauf hin, dass sie schwer kalkulierbar seien. Neonatologische Behandlungsfälle träten bei der Klägerin weder besonders unregelmäßig noch besonders selten auf, wie dies beispielsweise bei den Betten für Schwerbrandverletzte oder auf Infektionsstationen der Fall wäre. Dass die Geburtenrate im Einzugsgebiet der Klinik der Klägerin außergewöhnlich niedrig sei, sei nicht ersichtlich. Die der Klägerin entstandenen hohen Vorhaltekosten seien nicht der Tatsache geschuldet, dass es in der Neonatologie sehr niedrige Fallzahlen gebe, sondern vielmehr in der Vorhaltung von Personal und Betriebsmitteln an zwei verschiedenen Standorten.

Die Beigeladenen haben keine Sachanträge gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist begründet.

I. Der Genehmigungsbescheid der Beklagten vom 18.04.2017 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten (§ 113 Abs. 1 Satz 1 VwGO). Zudem hat die Klägerin einen Anspruch darauf, dass die Beklagte dem Schiedsspruch vom 18.01.2017 die Genehmigung versagt. Die Ablehnung des hierauf gerichteten Antrags der Klägerin durch den Genehmigungsbescheid vom 18.04.2017 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten (§ 113 Abs. 5 Satz 1 VwGO). Denn die Voraussetzungen einer Genehmigung nach § 14 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG liegen nicht vor.

1. Entgegen der Auffassung der Klägerin ist der Genehmigungsbescheid formell rechtmäßig, insbesondere ist er hinreichend begründet. Es kann dahinstehen, ob dem Begründungserfordernis des § 39 Abs. 1 Satz 1 BremVwVfG hier bereits durch die knappe, dem Schiedsstellenspruch vollumfänglich folgende Begründung in dem Bescheid vom 18.04.2017 genügt wurde. Denn jedenfalls wurde ein etwaiger Verstoß gegen das Begründungserfordernis nunmehr durch den Vortrag der Beklagten im gerichtlichen Verfahren noch vor Abschluss der letzten Tatsacheninstanz geheilt, § 45 Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 BremVwVfG.

2. Der Genehmigungsbescheid ist jedoch materiell rechtswidrig. Gemäß § 14 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG erteilt die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz als zuständige Landesbehörde die Genehmigung, wenn die Festsetzung der Schiedsstelle den Vorschriften des KHEntgG sowie sonstigem Recht entspricht. Dabei ist die Genehmigungsbehörde – wie auch das Verwaltungsgericht – auf eine ausschließliche Rechtskontrolle beschränkt, eine Abweichungs- oder Gestaltungskompetenz kommt ihr nicht zu (vgl. BVerwG, NJW 1993, 2391; Ihle, in: Bergmann/Pauge/Steinmeyer, *Gesamtes Medizinrecht*, 3. Aufl. 2018, § 14 KHEntgG Rn. 3, 6). Die Beklagte hat die Genehmigungsfähigkeit des Schiedsspruchs hier in rechtlich zu beanstandender Weise bejaht, da dieser den Vorschriften des KHEntgG sowie sonstigem Recht nicht entspricht. Die Schiedsstelle ist davon ausgegangen, dass die Voraussetzungen für die Anerkennung der klägerischen Neonatologie als besondere Einrichtung im Sinne des § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG i. V. m. § 1 Abs. 5 VBE 2016 nicht vorliegen, weshalb sie den klägerischen Antrag, für diese Station einen Zuschlag für die Vorhaltekosten gem. § 3 Abs. 2 Satz 2 VBE 2016 festzusetzen, abgelehnt hat. Dieses Ergebnis hält der gerichtlichen Überprüfung nicht stand. Die von der Klägerin im Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide betriebene neonatologische Intensivstation erfüllt die Voraussetzungen einer besonderen Einrichtung im Sinne des § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG i. V. m. § 1 Abs. 5 VBE 2016.

a) Gemäß § 17b Abs. 1 Satz 10 Halbs. 1 KHG können besondere Einrichtungen, deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden. Näheres hierzu vereinbaren gem. § 17b Abs. 2 KHG der GKV-Spitzenverband und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Auf der Grundlage dieser Ausgestaltungsbefugnis vereinbaren die genannten Akteure die Vereinbarung über die Bestimmung besonderer Einrichtungen (VBE) und konkretisieren darin die Vorgaben des § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG. Bei den Vereinbarungen nach § 17b Abs. 2 KHG handelt es sich um normsetzende Verträge (vgl. Gamperl, in: Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, 59. EL März 2017, Band 2, § 6 KHEntgG, S. 99). Ihre Auslegung erfolgt daher nach den für die Auslegung von Gesetzen entwickelten Methoden, hat sich dabei jedoch streng am Wortlaut der Regelung zu orientieren (vgl. BSG, Urteil vom 19. Juni 2018 – B 1 KR 38/17 R –, Rn. 17, juris m.w.N.).

b) Gemäß § 1 Abs. 5 Satz 1 VBE 2016 können als besondere Einrichtungen auch organisatorisch abgrenzbare Teile eines Krankenhauses ausgenommen werden, wenn ein besonderes Leistungsangebot mit hohen pflegesatzfähigen Vorhaltekosten zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung notwendig ist und die Finanzierung dieser Vorhaltekosten auf Grund einer sehr niedrigen und nicht verlässlich kalkulierbaren Fallzahl mit den Fallpauschalen nicht gewährleistet werden kann, zum Beispiel bei Isolierstationen, Einrichtungen für Schwerbrandverletzte oder neonatologischen Satellitenstationen. Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt.

aa) Neonatologische Satellitenstationen sind schon wegen ihrer regelbeispielhaften Benennung in § 1 Abs. 5 VBE 2016 grundsätzlich als besondere Einrichtungen im Sinne dieser Vorschrift anzusehen (1). Liegt – wie hier – ein ausdrücklich benanntes Beispiel vor, folgt daraus eine rechtsfolgenbezogene Regelvermutung für das Vorliegen einer besonderen Einrichtung (2). Ein Abweichen von der Regelvermutung setzt voraus, dass im Einzelfall atypische Umstände festgestellt werden, die die Regelvermutung widerlegen. Eine solche Atypik liegt hier jedoch nicht vor.

(1) In § 1 Abs. 5 VBE 2016 werden als Beispiele für besondere Einrichtungen ausdrücklich Isolierstationen, Einrichtungen für Schwerbrandverletzte und neonatologische Satellitenstationen benannt. Ist eines dieser Beispiele erfüllt, geht davon zumindest eine Indizwirkung für das Vorliegen einer besonderen Einrichtung im Sinne

des § 1 Abs. 5 VBE 2016 aus. Denn ausweislich der amtlichen Begründung zum Referentenentwurf der FPVBE 2005 des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung wollte der Verordnungsgeber mit der Nennung der Beispiele klarstellen, welche Arten von Einrichtungen unter die Öffnungsklausel fallen sollen (vgl. dort Seite 7, abrufbar unter:

http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/L60FPVBEBegrue ndung.pdf). Der Verordnungsgeber wollte mit der Aufzählung also nicht lediglich einen Anhaltspunkt dafür bieten, bei welchen Arten von Einrichtungen die Tatbestandsvoraussetzungen typischerweise vorliegen werden (tatbestandsbezogene Vermutungswirkung), sondern sie unmittelbar in den Anwendungsbereich der Regelung einbeziehen (rechtsfolgenbezogene Vermutungswirkung). Dementsprechend sind auch Isolierstationen oder Einrichtungen für Schwerbrandverletzte regelhaft als besondere Einrichtungen im Sinne des § 1 Abs. 5 VBE 2016 anzuerkennen. Weshalb dies im Falle neonatologischer Satellitenstationen anders sein sollte, erschließt sich angesichts der ausdrücklichen Benennung auch dieser Fallgruppe nicht.

(2) Bei der von der Klägerin am Standort des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide betriebenen neonatologischen Intensivstation handelt es sich um eine neonatologische Satellitenstation im Sinne des § 1 Abs. 5 VBE 2016. Die amtliche Begründung zur FPVBE 2005 verweist hinsichtlich dieses Beispiels auf „neonatologische Sattelitenstationen“, wie sie im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen vorgegeben sind (vgl. dort Seite 7, a.a.O.). In dem einschlägigen Landeskrankenhausplan Nordrhein-Westfalen 2001 findet sich der Begriff der „neonatologischen Satellitenstation“ allerdings nicht. Vielmehr ist dort im Abschnitt 3.6.1.1 eine dreigliedrige stationäre Versorgungsstruktur vorgesehen, die zwischen der bürgernahen geburtshilflichen Regelversorgung, geburtshilflich-neonatologischen Schwerpunkten und Perinatalzentren unterscheidet (vgl. dort S. 43). Die geburtshilflich-neonatologischen Schwerpunkte sind in dem Landeskrankenhausplan als organisatorischer Verbund von geburtshilflicher Klinik und Kinderklinik mit mindestens vier neonatologischen Intensivbehandlungsplätzen und eigenem Neugeborenen-Notfallarzt-Dienst definiert. Auf diese Einrichtungen sollte mit dem Begriff der „neonatologischen Satellitenstationen“ verwiesen werden (vgl. auch die entsprechende Definition bei Rau, das Krankenhaus 2005, 262, 263). Denn im Gegensatz hierzu setzen die in dem Landeskrankenhausplan ebenfalls aufgeführten Perinatalzentren neben dem organisatorischen Verbund von Geburtsklinik und Kinderklinik zugleich einen räumlichen Verbund dieser Abteilungen voraus. Die Besonderheit der neonatologischen Satellitenstation liegt also gerade in einer räumlichen Trennung von Geburtsklinik und Kinderklinik. Andernfalls hätten diese Einrichtungen, wie die anderen in § 1 Abs. 5 VBE

aufgeführten Beispiele auch, schlicht mit neonatologischen Stationen oder Einrichtungen benannt werden können, ohne hierbei die Besonderheit ihrer Satelliteneigenschaft im Wortlaut zu berücksichtigen. Mit dem Begriff des Satelliten wird im allgemeinen Sprachgebrauch ein von einer Haupteinrichtung räumlich abgespaltenes Objekt oder Bauwerk beschrieben. Dies trifft auf den vorliegenden Fall in besonderer Weise zu. Der Klägerin sind in dem Feststellungsbescheid vom 02.12.2015 neben 42 Betten in der Pädiatrie auch vier dezentrale Intensivbetten zugewiesen, die sie mit dem Ziel der leitlinienkonformen neonatologischen Versorgung /Level-2 in Kooperation mit der Geburtshilfe des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide gGmbH vorzuhalten hat. In dieser Vorgabe ist ein organisatorischer Verbund von Geburtsklinik und neonatologischer Intensivstation im Sinne der Regelung des § 1 Abs. 5 VBE 2016 zu sehen, der auch tatsächlich praktiziert wird.

An dieser Einordnung hindert auch nicht, dass die neonatologische Intensivstation der Klägerin zugleich einen räumlichen Bezug zur geburtshilflichen Abteilung des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide aufweist. Die örtliche Verbindung von Entbindungsbereich, Operationsbereich und neonatologischer Intensivstation ist gem. Nr. II.3.1 der Anlage 2 zur Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des Gemeinsamen Bundesausschusses (QFR-RL) zwingende Voraussetzung der planungsrechtlichen Vorgabe eines Perinatalzentrums Level 2 im Sinne des § 3 Abs. 2 QFR-RL. Sie hindert jedoch nicht daran, die neonatologische Intensivstation als neonatologische Satellitenstation im Sinne des § 1 Abs. 5 VBE 2016 anzusehen. Denn die Klägerin betreibt ihre neonatologische Intensivstation zwar in räumlicher Nähe zur Geburtsstation des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide, jedoch in räumlicher Entfernung zu ihrer eigenen pädiatrischen Abteilung. Damit besteht die für die Annahme eines Satelliten notwendige räumliche Distanz zwischen dem organisatorischen und räumlichen Verbund aus Geburtsklinik und neonatologischer Intensivstation einerseits und den übrigen 42 pädiatrischen Betten der Klägerin an ihrem Standort in der Schiffdorfer Chaussee andererseits. Gerade aus dieser räumlichen Trennung entstehen der Klägerin zusätzliche Vorhaltekosten, deren Ausgleich mit der ausdrücklichen Benennung der „Satellitenstationen“ in § 1 Abs. 5 VBE 2016 ermöglicht werden sollte. Dementsprechend stellt auch der Landeskrankenhausplan NRW 2001 in seinen Definitionen auf eine – hier fehlende – räumliche Verbindung zwischen geburtshilflicher Abteilung und einer „Kinderklinik“ ab und nicht auf die – hier vorliegende – räumliche Verbindung mit einer neonatologischen Intensivstation, die lediglich einen Teil der Kinderklinik ausmacht. Dem liegt erkennbar die Intention zu Grunde, dass eine räumliche Trennung von Geburtshilfe und Kinderklinik zusätzliche Vorhaltekosten verursacht, wenn auch am Ort der

Geburtshilfe neonatologische Intensivbehandlungsleistungen vorgehalten werden müssen.

(3) Vor diesem Hintergrund kann der in dem Schiedsspruch vom 18.01.2017 angeführten Argumentation, die von der Klägerin betriebene neonatologische Intensivstation könne § 1 Abs. 5 VBE 2016 nicht unterfallen, nicht gefolgt werden. Bei dieser Bewertung wurde nicht ausreichend berücksichtigt, dass hier mit der neonatologischen Satellitenstation ein ausdrücklich in der Regelung benanntes Beispiel vorliegt und hiervon zumindest eine Regelvermutung für das Vorliegen einer besonderen Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 5 VBE 2016 ausgeht.

Die Argumentation der Schiedsstelle hat ihren Ausgangspunkt in der Überlegung, die Typologie der Beispielfälle des § 1 Abs. 5 VBE 2016 setze neonatologische Satellitenstationen mit Isolierstationen und Einrichtungen für Schwerbrandverletzte gleich, was dafür spreche, dass es sich um Einrichtungen handeln müsse, die nur gelegentlich in Anspruch genommen würden. Neonatologische Satellitenstationen könnten nur dazu gehören, wenn sie im Verbund mit geburtshilflichen Abteilungen betrieben würden, in denen Risikogeburten und kindliche Notfälle nur gelegentlich vorkämen (vgl. S. 8 f. des Schiedsspruchs). Dem kann nicht gefolgt werden.

Zum einen erscheinen die daraufhin von der Schiedsstelle angeführten möglichen Anwendungsfälle, in denen eine risiko-adaptierte Versorgung Schwangerer im Perinatalzentrum aus tatsächlichen oder medizinischen Gründen nicht möglich sei (§ 4 Abs. 4 QFR-RL) oder eine risiko-adaptierte Verlegung eines Neugeborenen in ein Perinatalzentrum (§ 5 QFR-RL) nicht möglich oder angebracht sei und die Versorgung daher vor Ort zu erfolgen habe, der Regelung im Ergebnis keinen praktischen Anwendungsbereich zu belassen. Jedenfalls war keinem der Beteiligten in der mündlichen Verhandlung ein Fall bekannt, in dem es zur Anerkennung einer neonatologischen Satellitenstation als besondere Einrichtung gekommen wäre. Dies scheint dem Zweck des § 1 Abs. 5 VBE 2016, auch unter Berücksichtigung des Ausnahmecharakters der Vorschrift, nicht mehr gerecht zu werden.

Zudem ist der Ansatzpunkt eines typologischen Vergleichs der für besondere Einrichtungen aufgezählten Beispiele hier im Ergebnis nicht tragfähig. Die Fallgruppe der neonatologischen Satellitenstationen unterscheidet sich wesentlich von den übrigen genannten Beispielen der Isolierstationen und Einrichtungen für Schwerbrandverletzte, insbesondere hinsichtlich der Tatbestandsmerkmale einer sehr niedrigen und schwer kalkulierbaren Fallzahl. So wurden im Jahr 2016 im gesamten Bundesgebiet lediglich

3.028 Patienten in besonderen Einrichtungen zur Behandlung von Schwerbrandverletzten behandelt. Die Fallzahl in besonderen Einrichtungen zur neonatologischen Intensivbehandlung lag hingegen bei 51.746 und damit mehr als dem siebzehnfachen des Wertes der Schwerbrandverletzten (Statistisches Bundesamt [Destatis], Grunddaten der Krankenhäuser 2016, Stand: 10.07.2018, S. 87). Neonatologische Intensivstationen werden also, im Unterschied zu Einrichtungen für Schwerbrandverletzte, nicht nur gelegentlich in Anspruch genommen. Dies gilt auch unabhängig davon, ob eine neonatologische Intensivstation als Satellit oder im räumlichen Verbund mit einer im selben Gebäude wie die Geburtsklinik angesiedelten Pädiatrie betrieben wird. Die Satelliteneigenschaft beeinflusst nicht die in der Einrichtung zu erwartende Fallzahl, führt jedoch zu einer Erhöhung der pflegesatzfähigen Vorhaltekosten, deren Ausgleich von § 1 Abs. 5 VBE 2016 gerade bezweckt wird. Gleiches gilt für die Tatbestandsvoraussetzung der nicht verlässlich kalkulierbaren Fallzahl. Bei Isolierstationen und Einrichtungen für Schwerbrandverletzte wird dieses Kriterium mangels Vorhersehbarkeit der Behandlungsbedarfe regelmäßig erfüllt sein. Für neonatologische Behandlungsfälle ging der bereits in Bezug genommene nordrhein-westfälische Landeskrankenhausplan 2001 jedoch davon aus, dass über 90 % der Risikoentbindungen vorhersehbar seien (vgl. dort S. 44). Neonatologische Behandlungsbedarfe treten also weder besonders selten auf, noch sind sie unverlässlich kalkulierbar. Hieran verdeutlicht sich neben der mangelnden Vergleichbarkeit der aufgeführten Beispiele zugleich, dass die Anforderungen an die übrigen Tatbestandsmerkmale bei den neonatologischen Satellitenstationen nicht zu überspannen sind. Ihre Besonderheit liegt vielmehr in einer hohen Vorhaltekosten verursachenden räumlichen Aufteilung, weshalb an diese Fallgruppe hinsichtlich der absoluten Fallzahlen nicht dieselben Maßstäbe angelegt werden können, wie es bei Isolierstationen oder Einrichtungen für Schwerbrandverletzte der Fall ist. Angesichts der streng am Wortlaut der Regelung zu orientierenden Auslegung (vgl. BSG, Urteil vom 19. Juni 2018 – B 1 KR 38/17 R –, Rn. 17, juris m.w.N.) kann es daher nicht überzeugen, ein ausdrücklich in der Regelung aufgeführtes Beispiel von ihrem Anwendungsbereich auszunehmen.

bb) Vorliegend ist auch nicht von einem atypischen Fall auszugehen, der es ausnahmsweise rechtfertigen würde, die Regelung trotz des erfüllten Regelbeispiels unangewendet zu lassen.

(1) Die von dem Beispiel der „neonatologischen Satellitenstation“ vorausgesetzte räumliche Trennung zwischen Kinderklinik und neonatologischen Intensivstation ist hier nach den obigen Ausführungen gegeben. Diese räumliche Trennung verursacht der

Klägerin auch hohe pflegesatzfähige Vorhaltekosten, deren Finanzierung mit den Fallpauschalen nicht gewährleistet werden kann. Diesbezüglich macht die Klägerin eine Unterdeckung ihrer Vorhaltekosten in Höhe von [REDACTED] Euro geltend. Dieser Betrag erklärt sich in Zusammenschau mit der im Schiedsstellenverfahren zugleich beantragten Festsetzung eines fall- oder tagesbezogenen Entgeltes zur Finanzierung der fallabhängigen Kosten für die Leistungen der neonatologischen Station nach § 3 Abs. 2 Satz 1 VBE 2016 in Höhe von [REDACTED] Euro. Die Schiedsstelle hat in ihrem Beschluss vom 18.01.2017 hierzu ausgeführt, dass die Klägerin ihre Kosten für die neonatologische Intensivstation für sie nachvollziehbar nicht decken könne. Die Klägerin habe Kosten in Höhe von [REDACTED] Euro nachgewiesen, denen unter Anwendung der DRG-Fallpauschalen lediglich Erlöse in Höhe von [REDACTED] Euro gegenüberstünden. Damit verbleibt insgesamt eine Kostenunterdeckung in Höhe von [REDACTED] Euro.

(2) Auch eine Berücksichtigung der Fallzahlen lässt hier keine Atypik erkennen.

(a) Die Klägerin trägt vor, die absoluten Fallzahlen ihrer neonatologischen Intensivstation lägen bei ca. 300 Fällen pro Jahr. Dies bestätigt sich im Wesentlichen auch in der von der Beklagten angeführten Datenlage, die auf 368 neonatologische Behandlungsfälle für das Jahr 2016 verwiesen hat. Diese Fallzahlen können auch als „sehr niedrig“ im Sinne des § 1 Abs. 5 VBE 2016 angesehen werden. Da die innerhalb des DRG-Systems zu erzielende Vergütung maßgeblich von den erbrachten Fallzahlen abhängt, spricht im Ausgangspunkt bereits das Vorliegen von mit den Fallpauschalen nicht kostendeckend finanzierbaren Vorhaltekosten für die Annahme einer niedrigen Fallzahl. Diese auch in § 1 Abs. 5 VBE 2016 aufgegriffene Relation zwischen sehr niedrigen Fallzahlen und den Vorhaltekosten verdeutlicht, dass bei relativ hohen Vorhaltekosten auch die hier vorliegenden dreistelligen Fallzahlen noch als sehr niedrig im Sinne des § 1 Abs. 5 VBE 2016 angesehen werden können. Maßgeblich ist lediglich, dass die Fallzahlen nicht hoch genug sind, um eine kostendeckende Finanzierung der Vorhaltekosten zu gewährleisten.

(b) Ohnehin lässt sich für das Kriterium einer sehr niedrigen Fallzahl kein absoluter Wert festlegen. Denn ob etwas als sehr niedrig bezeichnet werden kann, hängt stets davon ab, mit welchem anderen Wert es verglichen wird.

Für Level-2-Perinatalzentren sind auf der Ebene der Qualitätssicherung keine einheitlichen Mindestfallzahlen mehr festgelegt (vgl. hierzu den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage 1 der Mindestmengenvereinbarung vom 17. Juni 2010), so dass sich aus der QFR-RL kein tauglicher Vergleichsmaßstab ableiten lässt. Gleiches gilt für die in der mündlichen

Verhandlung herangezogenen Fallzahlen des Klinikums Bremen-Nord. Die dortige neonatologische Station erbrachte im Jahr 2015 insgesamt 322 neonatologische Level 1, 2 und 3 Versorgungen (vgl. Antwort der Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz auf die Berichtsbitte der Fraktion der CDU zur Situation der Neonatologie am Klinikum Bremen-Nord vom 18.05.2017). Bundesweit lag die Fallzahl auf neonatologischen Intensivstationen im Jahr 2015 bei 354, in Level-2-Zentren allerdings nur bei 207 Fällen (vgl. Blum, 2. Perinatalbefragung zur Pflegerischen Strukturqualität, Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft, S. 38 f.). Auch diese Werte bieten jedoch keinen tauglichen Vergleichsmaßstab für die vorliegende Konstellation, denn sie lassen die Besonderheit unberücksichtigt, dass die Klägerin ihre Neonatologie als Satellitenstation betreibt. Insoweit sprechen die vergleichbar hohen Fallzahlen der im Klinikum Bremen-Nord betriebenen neonatologischen Intensivstation dafür, dass die Fallzahl der von der Klägerin betriebenen neonatologischen Intensivstation sehr niedrig ist. Denn die dortige neonatologische Intensivstation wird nicht als Satellitenstation, sondern im örtlichen Verbund mit einer vollständigen pädiatrischen Abteilung betrieben, wodurch sie insbesondere wegen der Synergieeffekte im personellen Bereich schon mit einer geringeren Fallzahl wirtschaftlich betrieben werden kann, als dies bei einer Satellitenstation der Fall ist.

Dies bestätigt sich auch in den Vorgaben des nordrhein-westfälischen Landeskrankenhausplans 2001. Darin ist vorgesehen, dass geburtshilflich-neonatologische Schwerpunkte die Betreuung von mindestens 3.000 und Perinatalzentren die Betreuung von mindestens 5.000 Geburten jährlich leisten (vgl. dort S. 43). Zwar beziehen sich diese Angaben ersichtlich auf die Fallzahl der geburtshilflichen Abteilungen und können lediglich einen statistischen Anhalt dafür bieten, welche Fallzahl in der organisatorisch verbundenen neonatologischen Sattelitenstation zu erwarten ist. Dennoch verdeutlichen schon diese Werte, dass auch bei geburtshilflich-neonatologischen Schwerpunkten mehr als eine lediglich gelegentliche Inanspruchnahme der neonatologischen Intensivstation zu erwarten ist. Nach den Angaben der Beklagten und der Beigeladenen in der mündlichen Verhandlung versorgt die geburtshilfliche Abteilung des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide ca. 1.600 bis 1.800 Geburten pro Jahr, womit der Wert der zu erwartenden neonatologischen Behandlungsfälle jedenfalls im Vergleich zu den im Landeskrankenhausplan NRW vorgesehenen Mindestfallzahlen von 3.000 und 5.000 Geburten hier ebenfalls für eine sehr niedrige Fallzahl der Klägerin spricht.

cc) Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem von der Beklagten angeführten systematischen Vergleich zwischen den verschiedenen Absätzen des § 1 VBE 2016. Mit der Privilegierung von Palliativstationen in § 1 Abs. 3 VBE 2016 wurde die Herausnahme von Palliativstationen oder -einheiten als besondere Einrichtungen erleichtert, indem für diese Einrichtungen insbesondere auf den Nachweis einer mit den Entgeltkatalogen nicht sachgerechten Vergütung verzichtet wurde. Damit sind die Vertragsparteien jedoch lediglich den Vorgaben des Gesetzgebers nachgekommen, der mit dem Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland die Regelung des § 17b Abs. 1 Satz 10 Halbs. 2 KHG eingeführt hat. Mit dieser Regelung wollte der Gesetzgeber ausdrücklich die in der VBE bereits vorgesehene Vereinbarungslösung ersetzen und es den Krankenhäusern ermöglichen, durch eine einseitige Erklärung eine Herausnahme aus der DRG-Vergütung zu ermöglichen, womit Palliativstationen in Krankenhäusern gefördert werden sollten (vgl. BT-Drs. 18/5170 S. 18, 33). Für eine restriktive Auslegung des § 1 Abs. 5 VBE 2016 lässt sich aus dieser besonderen Begünstigung von Palliativstationen nichts gewinnen.

II. Die Kostenentscheidung beruht auf § 154 Abs. 1 VwGO i. V. m. §§ 154 Abs. 3, 162 Abs. 3 VwGO. Die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen sind nicht erstattungsfähig, da die Beigeladenen keine Sachanträge gestellt haben. Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit folgt aus § 167 VwGO i. V. m. § 708 Nr. 11, § 709 Satz 2, § 711 ZPO.

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann Zulassung der Berufung beantragt werden. Der Antrag ist innerhalb eines Monats nach Zustellung dieses Urteils zu stellen und muss das angefochtene Urteil bezeichnen. Innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung dieses Urteils sind die Gründe darzulegen, aus denen die Berufung zuzulassen ist. Der Antrag ist beim

Verwaltungsgericht der Freien Hansestadt Bremen, Am Wall 198,
28195 Bremen, (Tag-/Nachtbriefkasten Justizzentrum Am Wall im
Eingangsbereich)

einzureichen. Die Begründung ist, soweit sie nicht bereits mit dem Antrag vorgelegt worden ist, bei dem Oberverwaltungsgericht der Freien Hansestadt Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen, einzureichen.

Der Antrag muss von einem Rechtsanwalt oder einem sonst nach § 67 Abs. 4 VwGO zur Vertretung berechtigten Bevollmächtigten gestellt werden.

Prof. Sperlich

Richter Horst,
der an der Entscheidung
mitgewirkt hat, ist durch
Abordnung verhindert,
seine Unterschrift
beizufügen.

Dr. Kiesow