



Verwaltungsgericht der Freien Hansestadt Bremen

Az.: 5 K 1826/17

*Urteil niedergelegt in unvollständiger Fassung
auf der Geschäftsstelle am 19.12.2018
gez. Krause
Justizobersekretärin als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle*

Im Namen des Volkes!

Urteil

In der Verwaltungsrechtssache

der [REDACTED] GmbH, vertreten durch die Geschäftsführer [REDACTED]
[REDACTED]

Klägerin,

Proz.-Bev.:

Gz.: - [REDACTED]

g e g e n

die Freie Hansestadt Bremen, vertreten durch die Senatorin für Wissenschaft,
Gesundheit und Verbraucherschutz, Bahnhofplatz 29, 28195 Bremen,

Beklagte,

Prozessbevollmächtigte:

Gz.: - [REDACTED]

beigeladen:

1. [REDACTED]
[REDACTED]

2. [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

3. [REDACTED]
[REDACTED]

Proz.-Bev.:
[REDACTED]

Gz.: [REDACTED]

hat das Verwaltungsgericht der Freien Hansestadt Bremen - 5. Kammer - durch Richter Prof. Sperlich, Richter Horst und Richter Dr. Kiesow sowie die ehrenamtliche Richterin Wundersee und den ehrenamtlichen Richter Ambrosi aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 13. Dezember 2018 für Recht erkannt:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Kosten des Verfahrens einschließlich der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu 1. und 2. trägt die Klägerin. Die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu 3. trägt diese selbst. Im Übrigen findet eine Kostenerstattung nicht statt.

Das Urteil ist wegen der Kosten vorläufig vollstreckbar, für die Beigeladenen zu 1. und 2. gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrags. Die Klägerin kann die Vollstreckung der Beklagten gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des vollstreckbaren Betrags abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung Sicherheit in Höhe von 110 % des jeweils zu vollstreckenden Betrags leistet.

gez. Prof. Sperlich

gez. Horst

gez. Dr. Kiesow

Tatbestand

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Versorgungsauftrag des von der Klägerin betriebenen Krankenhauses die Implantation von Kardioverttern/Defibrillatoren, die Erbringung koronarangioplastischer Leistungen und Leistungen der invasiven kardiologischen Diagnostik, sowie die Erbringung geriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlungen umfasst und diese Leistungen in die Budgetforderung für das Jahr 2016 einzustellen sind.

Die Klägerin und die beigeladenen Krankenkassen sind Vertragsparteien gemäß § 18 Abs. 2 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG -). Die Klägerin ist Betreiberin des AMEOS Klinikums Mitte Bremerhaven, ehemals AMEOS Klinikum St. Joseph Bremerhaven.

Mit Festsetzungsbescheid vom 02.12.2015 setzte die Beklagte für das von der Klägerin betriebene Klinikum insgesamt 182 Betten fest. Davon wurden 91 Betten für die Innere Medizin und 79 Betten für die Allgemeine Chirurgie ausgewiesen (Ziffer 1). Als „Medizinische Schwerpunkte der arbeitsteiligen Koordinierung“ gemäß dem gültigen Landeskrankenhausplan legte die Beklagte die Internistische Onkologie in der Fachrichtung Innere Medizin und die Nuklearmedizin in der Fachrichtung Nuklearmedizin fest (Ziffer 2). Als „spezielle medizinische Einrichtungen“ wurden die Palliativmedizin als Bereich der Inneren Medizin sowie die Gefäßchirurgie und die Plastische Chirurgie als Bereiche der Allgemeinen Chirurgie festgesetzt (Ziffer 3). Der Feststellungsbescheid enthielt den Hinweis, dass sich die ausgewiesenen Disziplinen, Subdisziplinen und medizinischen Schwerpunkte an den Gebieten, Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen orientierten.

Die Klägerin und die Beigeladenen einigten sich im Rahmen der Budgetverhandlungen für das Jahr 2016 lediglich teilweise. Streitig blieben insbesondere die Summe der Bewertungsrelationen und, damit im Zusammenhang stehend, der Versorgungsauftrag der Klinik für kardiologische Leistungen und Leistungen der geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung. Hinsichtlich der strittigen Punkte stellte die Klägerin am 04.10.2016 einen Antrag auf Entscheidung bei der Schiedsstelle für die Festsetzung von Krankenhauspflegesätzen im Land Bremen.

Mit Schiedsspruch vom 18.01.2017 zog die Schiedsstelle von der beantragten Summe der anzusetzenden Bewertungsrelationen die Fallpauschalen für die bereits in den Budgetverhandlungen streitig gebliebenen Leistungen ab, da diese nicht vom Versorgungsauftrag der Klägerin umfasst seien. Für die weitere Begründung wird auf den Schiedsspruch verwiesen.

Mit Bescheid vom 20.06.2017 erteilte die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz der Entscheidung der Schiedsstelle die Genehmigung. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass sie der Auffassung der Schiedsstelle folge. Hiernach könne die Leistung „Implantation Kardioverter/Defibrillator“ nicht

genehmigt werden, da diese in der Weiterbildungsordnung explizit dem Fachgebiet Herzchirurgie zugeordnet sei. Dem von der Klägerin betriebenen Klinikum sei hierfür kein Versorgungsauftrag zugewiesen worden. Auch die Leistungen „Perkutane Koronarangioplastie“ sowie „invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt“ und „invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt“ seien nicht zu genehmigen, da diese Aufgaben nach der Weiterbildungsordnung eindeutig dem „Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie“ zuzuordnen seien und nicht dem „Facharzt für Innere Medizin“. Eine Überschneidung der Aufgaben sei nicht gegeben. Im Landeskrankenhausplan würden zudem spezielle Disziplinen wie die Kardiologie gesondert ausgewiesen. Auch die Leistung „Geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung“ sei nicht zu genehmigen, da im aktuellen Landeskrankenhausplan die Standorte für die geriatrische Frührehabilitation explizit ausgewiesen seien. Die von der Klägerin betriebene Klinik sei dort nicht aufgeführt. Auch im Übrigen sei der Schiedsspruch rechtmäßig und vollständig.

Die Klägerin hat am 03.07.2017 Klage erhoben. Sie ist der Auffassung, der Beschluss der Schiedsstelle verstoße gegen das Krankenhausentgeltgesetz und sonstiges Recht, so dass ihm die Genehmigung zu versagen gewesen wäre. Der Versorgungsauftrag für kardiologische Leistungen sei gegeben. Bereits im Jahr 2014 seien verschiedene DRGs, die kardiologische Leistungen zum Gegenstand hätten, mit den Leistungserbringern vereinbart und mit Bescheiden vom 20.01.2015 und 30.11.2015 von der Beklagten genehmigt worden. Sie sei im Rahmen ihrer Fachabteilung für Innere Medizin berechtigt, die geforderten kardiologischen Leistungen zu erbringen. Die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen enthalte das Fachgebiet Innere Medizin und Kardiologie als Subdisziplin des Fachbereichs Innere Medizin. Grundsätzlich erfasse der Versorgungsauftrag für ein bestimmtes Fachgebiet auch die jeweiligen Subdisziplinen. Dies gelte selbst dann, wenn die Subdisziplinen grundsätzlich geplant würden. Für eine Einschränkung des Versorgungsauftrags müsse die Planungsbehörde eine ausdrückliche Regelung in den Feststellungsbescheid aufnehmen. Aus der im Landeskrankenhausplan vorgesehenen Unterscheidung zwischen bettenführenden Fachabteilungen und der Schwerpunktsetzung im Rahmen der arbeitsteiligen Koordinierung folge, dass ausgewiesene Fachabteilung nur die Innere Medizin sei. Hierfür sei ihr der Versorgungsauftrag vorbehaltlos zugewiesen. Zudem enthalte der Krankenhausplan keine Angaben dazu, welche Leistungen unter die „spezielle Kardiologie“ fielen, so dass eine saubere Abgrenzung der Bereiche nicht möglich sei. Unklarheiten bei der Auslegung könnten nicht zu Lasten der Klägerin gehen. Die Schwerpunktsetzung lediglich für den Bereich der „speziellen Kardiologie“ verdeutliche, dass die Krankenhausplanung im

Hinblick auf die Kardiologie in Bremen nicht einheitlich erfolge. Dies bestätige auch das Protokoll der Sitzung der AG Umlandversorgung vom 11.01.2017.

Die Implantation von Defibrillatoren sei ebenfalls dem Versorgungsauftrag der Kardiologie zuzuordnen. Es handele sich hierbei um eine Schnittstelle der Fachgebiete Innere Medizin/Kardiologie und Chirurgie/Kardiochirurgie. Auch der Weiterbildungsinhalt der Inneren Medizin und Kardiologie umfasse Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Zusammenhang mit der Implantation von Schrittmachern und Defibrillatoren. Hilfsweise sei sie im Rahmen ihres Versorgungsauftrags für die Allgemeine Chirurgie berechtigt, entsprechende Leistungen zu erbringen.

Darüber hinaus verfüge sie über den Versorgungsauftrag für geriatrische Komplexbehandlungen. Dieser ergebe sich bereits aus der Regelung des § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbs. 2 SGB V. Hiernach sei die geriatrische Frührehabilitation Bestandteil einer jeden akutstationären Behandlung. Dieses bundesrechtliche Regelungskonzept dürfe wegen Art. 31 GG nicht durch eine landesrechtliche Regelung ausgehebelt werden. Eine gesonderte Ausweisung als geriatrisches Zentrum sei nicht erforderlich. Die Regelung des § 22 Abs. 3 BremKrhG verlange lediglich, dass geeignete Patienten in geriatrische Einrichtungen verlegt würden. Geeignet sei ein Patient aber gerade dann nicht, wenn er mit einer anderweitigen Primärerkrankung, die in den Versorgungsauftrag des Krankenhauses falle oder als Notfall behandelt werde, stationär aufgenommen werde.

Die Klägerin beantragt,

den Genehmigungsbescheid vom 20.06.2017 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Der Landeskrankenhausplan weise spezielle Disziplinen wie die Herzchirurgie und die spezielle Kardiologie gesondert aus. Auch hinsichtlich der Geriatrie sei die Planungsbehörde nach § 4 Abs. 2 Satz 4 Bremisches Krankenhausgesetz berechtigt, bestimmten Krankenhäusern dieses Fachgebiet zuzuweisen und andere Krankenhäuser von der Leistungserbringung auszuschließen. Dies sei durch Ausweisung von geriatrisch-frührehabilitativen Betten für die Standorte Klinikum Bremen-Nord, Klinikum Bremen-Ost, St. Joseph-Stift und Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide geschehen. Die Geriatrie für das Versorgungsgebiet Bremerhaven werde ausschließlich im Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide vorgehalten. Etwas Anderes ergebe sich auch nicht aus § 39 Abs. 1 SGB

V. Zwar sei dort geregelt, dass zu einer akutstationären Behandlung auch Leistungen der Frührehabilitation zählten. Dieser Leistungsanspruch bestehe aber nur im Rahmen des Versorgungsauftrags.

Die Beigeladenen zu 1. und 2. beantragen,
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte habe der Klägerin bereits am 23.06.2015 schriftlich und am 29.12.2015 mündlich mitgeteilt, dass für die Erbringung der geltend gemachten kardiologischen und geriatrischen Leistungen ein entsprechender Versorgungsauftrag erforderlich sei und der Versorgungsauftrag „Innere Medizin“ hierfür nicht ausreiche. Für den Bereich der Geriatrie bestehe in Bremen eine § 22 Abs. 3 Satz 2 BremKrhG umsetzende spezielle Beplanung mit entsprechender Schwerpunktbildung. Hierdurch seien sämtliche Krankenhäuser von der Leistungserbringung ausgeschlossen, die keinen ausdrücklich zugewiesenen geriatrischen Versorgungsauftrag hätten. Die Regelung des § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbs. 2 SGB V ändere hieran nichts. Denn einen eigenständigen Versorgungsauftrag könne diese Vorschrift nicht schaffen, sie setze ihn vielmehr voraus. Ein anderes Ergebnis sei mit der verfassungsmäßigen Kompetenz- und Gesetzgebungsverteilung unvereinbar und überdehne den Anwendungsbereich des § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbs. 2 SGB V. Auch für die Kardiologie und die Chirurgie bestünden vergleichbare spezielle krankenhauplanerische Konzepte. Mit dem Versorgungsauftrag für die „Innere Medizin“ und die „Allgemeine Chirurgie“ ginge nicht automatisch ein Versorgungsauftrag für sämtliche Subdisziplinen und Schwerpunkte einher. Andernfalls würde die spezielle Bettenzuweisung leerlaufen und die auf eine Spezialisierung gerichteten Planungsziele könnten nicht erreicht werden. Bei den in den Vorjahren vereinbarten kardiologischen Leistungen handele es sich um Leistungen, die als Notfälle erbracht worden seien und nicht hätten vereinbart werden dürfen. Dies sei bei Abschluss der Vereinbarung übersehen worden und werde sich nicht wiederholen. Eine Bindung für die Zukunft könne hieraus nicht folgen.

Die Beigeladene zu 3. hat keinen eigenen Sachantrag gestellt.

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

Entscheidungsgründe

I. Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der angefochtene Genehmigungsbescheid ist hinsichtlich der streitigen Leistungen rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten (vgl. § 113 Abs. 1 Satz 1 VwGO). Die in § 14 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG geregelten Voraussetzungen für die Genehmigung der Festsetzungen der Schiedsstelle liegen vor. Nach dieser Bestimmung erteilt die zuständige Landesbehörde die Genehmigung, wenn die Vereinbarung (zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern) oder die Festsetzung (der Schiedsstelle) den Vorschriften des Krankenhausentgeltgesetzes sowie sonstigem Recht entspricht. Dies ist hier der Fall.

1. Die Beklagte hat dem Spruch der Schiedsstelle zu Recht die Genehmigung erteilt, weil dieser den Vorschriften des Krankenhausentgeltgesetzes sowie sonstigem Recht entspricht. Insbesondere ist die Schiedsstelle zutreffend davon ausgegangen, dass die streitgegenständlichen kardiochirurgischen, kardiologischen und geriatrischen Leistungen nicht im Rahmen des Erlösbudgets der Klägerin zu berücksichtigen sind, da die Klägerin insoweit keinen Versorgungsauftrag innehat.

Die zwischen den Beteiligten für das Jahr 2016 nicht zustande gekommene Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus gemäß § 11 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG hat nach dieser Regelung ausdrücklich unter Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses (§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4 KHEntgG) zu erfolgen. Aus diesem Regelungszusammenhang folgert das Bundesverwaltungsgericht, dass der Versorgungsauftrag des Krankenhauses Maß und Grenze jeder Vergütungsvereinbarung ist. Die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG dürfen daher in die Vergütungsvereinbarung keine Entgelte für Leistungen des Krankenhauses aufnehmen, die außerhalb seines Versorgungsauftrages liegen (BVerwG, Beschluss vom 09. März 2016 – 3 B 23/15 –, juris, Rn. 5 m.w.N.). Die hier streitgegenständlichen Leistungen liegen außerhalb des Versorgungsauftrags der von der Klägerin betriebenen Klinik.

2. Die Reichweite des Versorgungsauftrags ergibt sich gemäß § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG bei einem Krankenhaus, das wie hier in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen ist (Plankrankenhaus, § 108 Nr. 2 SGB V), aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit dem zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 i.V.m. § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG ergangenen Feststellungsbescheiden sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V (vgl. BVerwG, Beschluss vom 09. März 2016 – 3 B 23/15 –, juris, Rn. 5).

Der – im Gegensatz zum Landeskrankenhausplan – als Verwaltungsakt mit Außenwirkung gegenüber dem Krankenhausträger ausgestattete Feststellungsbescheid unterliegt der Auslegung nach allgemeinen Grundsätzen (vgl. BVerwG, Urteil vom 22. Mai 2014 - 3 C 8.13 - BVerwGE 149, 343, Rn. 26; OVG NRW, Beschl. v. 11.03.2011 - 13 A 1745/10 -, juris, Rn. 11, 16). Hiernach ist der Regelungsgehalt eines Verwaltungsakts und der Inhalt sonstiger behördlicher Willenserklärungen entsprechend den zu §§ 133, 157 BGB entwickelten Auslegungsregeln zu ermitteln. 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 (stRspr, vgl. BVerwG, Beschlüsse vom 31. Januar 2008 - 7 B 48.07 – juris, Rn. 6; vom 30. Juni 2011 - 3 B 87.10 – juris, Rn. 3; vom 22. September 2011 - 6 B 19.11 - juris m.w.N.). Bei der Auslegung ist weiterhin zu berücksichtigen, wie der Adressat den Verwaltungsakt nach Treu und Glauben verstehen darf (vgl. BVerwG, Beschluss vom 31. Januar 2008 - 7 B 48/07 -, juris, Rn. 6). Hinsichtlich der Ausweisung von Gebieten und Teilgebieten ist im Rahmen der Auslegung regelmäßig auf die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer in der zum Zeitpunkt des Erlasses des Feststellungsbescheides geltenden Fassung abzustellen (vgl. BVerwG, Beschluss vom 25. Oktober 2011 – 3 B 17/11 –, Rn. 5, juris; OVG Lüneburg, Urteil vom 12. Juni 2013 – 13 LC 175/10 –, Rn. 28, juris), die hier in dem Feststellungsbescheid vom 02.12.2015 auch ausdrücklich in Bezug genommen worden ist. Daraus folgt, dass die Fachgebietsgrenzen nach der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte im Lande Bremen auch den Umfang des Versorgungsauftrags in dem im Krankenhausplan ausgewiesenen Fachgebiet begrenzen, wenn der Feststellungsbescheid oder der im Rahmen der Auslegung zu berücksichtigende Landeskrankenhausplan im Einzelfall nichts anderes vorsehen.

Ob sich nach diesen Grundsätzen ein Versorgungsauftrag des Krankenhauses für die streitgegenständliche Leistung ergibt, beurteilt sich nach den Umständen des Einzelfalls. Ein Rechtssatz des Inhalts, dass es für den Ausschluss bestimmter Aufgaben von dem Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses stets eines ausdrücklichen Hinweises in dem Bescheid über die Aufnahme in den Krankenhausplan bedürfe, lässt sich nicht aufstellen. Insbesondere folgt die generelle Erforderlichkeit eines solchen ausdrücklichen Hinweises nicht aus dem Erfordernis hinreichender inhaltlicher Bestimmtheit von Verwaltungsakten (§ 37 Abs. 1 VwVfG). Denn für die Bestimmtheit eines Planaufnahmebescheides genügt es, wenn sich der objektive Erklärungswert des Bescheides für den Empfänger unter Berücksichtigung des Gesamtzusammenhangs der Erklärung konkludent erschließt (vgl. BVerwG, Beschluss vom 09. März 2016 – 3 B 23/15 –, juris, Rn. 6).

3. Unter Berücksichtigung dieser Maßstäbe hat das von der Klägerin betriebene Krankenhaus keinen Versorgungsauftrag für die Implantation von Kardioverttern/Defibrillatoren (a), die Erbringung koronarangioplastischer Leistungen und Leistungen der invasiven kardiologischen Diagnostik (b) sowie die Erbringung geriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlungen (c), so dass diese Leistungen zu Recht nicht im Rahmen der Budgetverhandlungen für das Jahr 2016 festgesetzt worden sind.

a) Die Klägerin hat keinen Versorgungsauftrag für die „Implantation von Kardioverttern/Defibrillatoren“.

Die Implantation von Kardioverttern/Defibrillatoren ist eine kardiochirurgische Leistung, die nicht unter die der Klägerin zugewiesenen Fachgebiete der Inneren Medizin (aa) oder der Allgemeinen Chirurgie (bb) im Sinne der Weiterbildungsordnung fällt. Die „Implantation von Kardioverttern/Defibrillatoren“ unterfällt allein dem Weiterbildungsinhalt zum Facharzt für Herzchirurgie. Hierbei ist insbesondere auf die Implantation als Operationsvorgang abzustellen.

aa) Im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin nach Ziffer 13.1 der Weiterbildungsordnung wird zwar der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der „Erkennung sowie konservativen Behandlung von angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufs, der herznahen Gefäße und des Perikards“ vermittelt, sowie als Untersuchungs- und Behandlungsverfahren die „Therapie vital bedrohlicher Zustände, Schaffung zentraler Zugänge, Defibrillation und Schrittmacherbehandlung“ erlernt (vgl. WBO Bremen Nr. 13.1 Spiegelstrich 8 unter Weiterbildungsinhalt sowie Spiegelstrich 6 unter definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren). Diese Weiterbildungsinhalte beinhalten jedoch gerade nicht die chirurgische Implantation von Kardioverttern/Defibrillatoren. Hierfür sind Kenntnisse und Fertigkeiten notwendig, welche im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt für Herzchirurgie erlangt werden. Die WBO weist „transvenöse Schrittmacherimplantationen/Defibrillatoren (AICD)“ ausdrücklich den definierten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren der Fachärzte für Herzchirurgie zu (vgl. WBO Nr. 7.3, Spiegelstrich 11 unter definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren). Zudem wird die Implantation von Kardioverttern/Defibrillatoren auch keinem weiteren Fachgebiet zugeordnet. Die Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie nach Ziffer 13.2.5 der Weiterbildungsordnung enthält nicht den Weiterbildungsinhalt der Implantation. Hier werden lediglich Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der „Schrittmachertherapie und –nachsorge“ sowie der „Indikationsstellung

und Nachsorge von Kardioverter-Defibrillatoren und Ablationen zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen“ sowie als definiertes Untersuchungs- und Behandlungsverfahren „Schrittmacherkontrollen und Kontrollen von internen Cardiovertern oder Defibrillatoren (ICD)“ vermittelt. Die Weiterbildungsordnung unterscheidet daher eindeutig zwischen Indikation, Nachsorge und Kontrolle einerseits und der Implantation andererseits und ordnet diese medizinischen Leistungen verschiedenen Fachgebieten zu. Angesichts dieser eindeutigen Zuordnung kann es nicht überzeugen, die Implantation von Kardiovertern/Defibrillatoren als Schnittstellenleistung anzusehen und mehreren Fachgebieten gleichzeitig zuzuordnen.

bb) Die Implantation von Kardiovertern/Defibrillatoren ist auch nicht von dem der Klägerin zugewiesenen Versorgungsauftrag für die Allgemeine Chirurgie umfasst (so für die niedersächsische Krankenhausplanung: OVG Lüneburg, Urteil vom 12.06.2013 - 13 LC 175/10, juris, Rn. 31). Dies ergibt sich aus der eindeutigen Zuweisung dieser Leistung zum Weiterbildungsspektrum des Herzchirurgen in Verbindung mit der speziellen Bepanung dieser Disziplin durch die Beklagte.

(1) Ausweislich der Ziffer 4.1.3.5 des Landeskrankenhausplans 2010 – 2015 (vgl. dort S. 61) wird die Kardiochirurgie ausschließlich am Klinikum Links der Weser vorgehalten. Diesem Krankenhaus wurden ausweislich des zur Gerichtsakte gereichten Feststellungsbescheides neben 70 Betten der allgemeinen Chirurgie, weitere 76 Betten in der „Kardiochirurgie“ zugewiesen. Eine entsprechende Zuweisung kardiochirurgischer Betten ist für die Klägerin nicht erfolgt.

(2) Dass hiermit andere Kliniken von der Erbringung kardiochirurgischer Leistungen ausgeschlossen werden sollten, war für die Klägerin auch erkennbar. Denn auch der Feststellungsbescheid der Klägerin weist mit der „Gefäßchirurgie / Interdisziplinäres Gefäßzentrum“ und „Plastische Chirurgie“ spezielle chirurgische Gebiete aus, wobei jeweils ausgewiesen wurde, dass die zugehörigen Planbetten in der Allgemeinen Chirurgie enthalten seien. Vor diesem Hintergrund musste die Klägerin den Festsetzungsbescheid dahingehend verstehen, dass ihr nur die dort aufgeführten Subdisziplinen der Allgemeinen Chirurgie zugewiesen wurden, zu denen die Kardiochirurgie gerade nicht zählt.

(3) Vor diesem Hintergrund kann auch der Verweis der Klägerin auf die Stellungnahme der Bundesärztekammer nicht verfangen. Denn diese bezieht sich lediglich auf die rechtlich nicht verbindliche Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und damit auf das berufsständische Leistungserbringungsrecht. Eine Erweiterung der

krankenhausplanungsrechtlich eindeutig festgelegten Versorgungsaufträge kann sie nicht bewirken. Die Stellungnahme ließe sich allenfalls dafür heranziehen, dass bei einem vorhandenen Versorgungsauftrag die Erbringung der Implantationsleistung auch durch einen Facharzt für Allgemeine Chirurgie erfolgen dürfte, nicht jedoch dahingehend, dass Versorgungsaufträge für die Allgemeine Chirurgie auch die Subdisziplin der Herzchirurgie umfassen. Soweit die Klägerin in der mündlichen Verhandlung darauf hingewiesen hat, dass sie die Einordnung in der Weiterbildungsordnung für überkommen halte, da die streitige Implantationsleistung heutzutage lediglich einen kleinen Eingriff darstelle, für den insbesondere keine Herz-Lungen-Maschine benötigt würde, ändert auch dies im Ergebnis nichts. Die Beklagte hätte als Planungsbehörde ohne weiteres von der speziellen Zuordnung der Implantationsleistung in der Weiterbildungsordnung abrücken können. Dies ist hier jedoch nicht erfolgt. Vielmehr ist die Beklagte durch ihre spezielle Beplanung der Kardiochirurgie der auch in der geltenden Weiterbildungsordnung getroffenen speziellen Zuordnung gefolgt.

b) Die Klägerin hat auch keinen Versorgungsauftrag für die „Perkutane Koronarangioplastie sowie invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt und invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt“.

Diese Leistungen fallen nicht unter die Fachgebiete der Allgemeinen Chirurgie oder der Inneren Medizin im Sinne der Weiterbildungsordnung. Sie unterfallen allein dem Fachgebiet der Kardiologie, welches von der Beklagten gesondert beplant wird und daher nicht vom Versorgungsauftrag der Klägerin umfasst ist.

aa) Bei der streitgegenständlichen „perkutanen Koronarangioplastie (PTCA)“ handelt es sich um ein Verfahren zur Vorbeugung von Verschlüssen oder Beseitigung von Verengungen der Herzkranzgefäße. Ziel des Verfahrens ist es, das Gefäßvolumen zu erweitern und die Gefäßwände zu glätten. Bei der PTCA werden die verengten Gefäße mit einem Ballonkatheter gedehnt (Ballondilatation) und gleichzeitig intravenöse Antithrombosemittel gegeben und/oder Stents implantiert (Stenting). Diese sollen die Gefäße stabilisieren, ohne die Durchlässigkeit der Gefäßwand zu beeinflussen, sowie die Wahrscheinlichkeit von weiteren Verengungen/Verschlüssen der Gefäße verringern (vgl. VersMed 2004, 98). Bei der invasiven kardiologischen Diagnostik handelt es sich nach den Angaben der Beteiligten insbesondere um sog. Linksherzkatheteruntersuchungen. Diese Leistungen unterfallen dem Weiterbildungsinhalt des Facharztes für Innere Medizin und Kardiologie, da dort der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in „therapeutischen Koronarinterventionen (z. B. PTCA, Stentimplantationen, Rotablation)“ sowie als definiertes Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

„Linksherzkatheteruntersuchungen einschließlich der dazugehörigen Linksherz-Angiokardiographien und Koronarangiographien“ vermittelt wird (vgl. WBO Nr. 13.2.5, jeweils Spiegelstrich 5 unter Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten, sowie unter definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren). Angesichts dieser klaren Zuordnung ist die Leistung auch nicht von der Weiterbildung zum Facharzt der Allgemeinen Chirurgie umfasst. Zwar umfasst die Weiterbildung im Gebiet Allgemeine Chirurgie nach Ziffer 7 der Weiterbildungsordnung das definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren der „Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich Legen von Drainagen und zentralvenösen Zugängen sowie der Gewinnung von Untersuchungsmaterial“, aber gerade nicht die dem Facharzt für Kardiologie speziell zugewiesenen oben aufgeführten Weiterbildungsinhalte.

bb) Die Facharzttrichtung „Innere Medizin und Kardiologie/Kardiologe“ ist auch als eigenständig gegenüber derjenigen der „Inneren Medizin/Internist ohne Spezialbezeichnung“ anzusehen, so dass der Versorgungsauftrag für Innere Medizin diese Leistungen nicht umfasst. Dafür sprechen schon die unterschiedlichen Spezialisierungsgrade dieser Facharztbezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung. Für einen Internisten setzt die Weiterbildungsordnung eine Weiterbildungsdauer von insgesamt 60 Monaten voraus. An eine 36-monatige stationäre Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin schließt sich eine zusätzliche Weiterbildung von 24 Monaten an, die entweder im Gebiet der Inneren Medizin einschließlich Intensivmedizin oder in mindestens zwei verschiedenen Facharztkompetenzen der Ziffern 13.2, also der Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie oder Rheumatologie abgeleistet werden muss. Die Weiterbildung der Facharztkompetenz Innere Medizin und Kardiologie umfasst hingegen eine Weiterbildungszeit von insgesamt 72 Monaten. An die ebenfalls 36-monatige Basisweiterbildung in Innerer Medizin schließt sich hier eine 36-monatige Weiterbildung in Kardiologie an. Daraus wird deutlich, dass für einen Internisten ein deutlich weniger spezialisiertes Weiterbildungsprofil in den hier maßgeblichen Weiterbildungsinhalten vorgesehen ist als bei einem Kardiologen.

cc) Dieses Ergebnis deckt sich auch mit der krankenhausplanerischen Situation im Land Bremen. Ausweislich des Landeskrankenhausplanes 2010 – 2015 wird die spezielle Kardiologie ausschließlich am Klinikum Links der Weser vorgehalten (vgl. dort S. 52). Diesem Plankrankenhaus sind in dem zur Gerichtsakte gereichten Feststellungsbescheid vom 23.10.2015 neben 105 Betten der Inneren Medizin weitere 124 Betten der Kardiologie zugewiesen worden. Das von der Klägerin angeführte Argument, die im Landeskrankenhausplan auf Seite 104 f. vorgesehene Festlegung eines „arbeitsteilig

koordinierten Schwerpunkts“ für die „spezielle Kardiologie“ hindere nicht daran, die Disziplin der Inneren Medizin insoweit als bettenführend und damit für die Bestimmung des Versorgungsauftrags maßgeblich anzusehen, verfährt nicht.

(1) Hiergegen spricht schon, dass dem Klinikum Links der Weser ausdrücklich kardiologische Betten ohne den Zusatz „spezielle“ und insoweit als bettenführende Disziplin zugewiesen sind. Neben diesen 124 Betten der Kardiologie ist dem Klinikum Links der Weser zwar auch der arbeitsteilig koordinierte Schwerpunkt in „Spezieller Kardiologie/Angiologie“ zugewiesen. Dieser Schwerpunkt wird ausweislich des Feststellungsbescheides jedoch als Teil der Fachrichtung „Kardiologie“ und gerade nicht als Teil der Fachrichtung (der allgemeinen) „Inneren Medizin“ zugewiesen, wodurch sich die spezielle Planungsentscheidung der Beklagten für die Fachrichtung der Kardiologie verdeutlicht.

(2) Zwar ist die Zuweisung eines kardiologischen Versorgungsauftrags gegenüber dem Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide nicht in gleicher Weise erfolgt, denn diesem Krankenhaus wurden mit Feststellungsbescheid vom 23.10.2015 keinerlei kardiologische Betten zugewiesen, sondern lediglich der medizinische Schwerpunkt „Spezielle Kardiologie“ in der Fachrichtung „Innere Medizin“. Hieraus lässt sich jedoch entgegen der Auffassung der Klägerin nicht ableiten, dass die Kardiologie krankenhauserplanerisch stets der Fachrichtung der bettenführenden Inneren Medizin zuzurechnen wäre. Die gegenüber dem Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gewählte Zuordnung des „speziell kardiologischen“ medizinischen Schwerpunkts hat ihren Grund darin, dass es in diesem Krankenhaus gerade keine ausgewiesenen kardiologischen Betten gibt, sondern lediglich solche der Inneren Medizin, so dass eine anderweitige Zuordnung hier schon nicht möglich war. Insoweit erweitert die Zuweisung des medizinischen Schwerpunktes der „speziellen Kardiologie“ den Versorgungsauftrag des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide auf kardiologische Leistungen. Ein Versorgungsauftrag der Klägerin für solche Leistungen folgt hieraus nicht. Denn auch in der Bestimmung arbeitsteilig koordinierter medizinischer Schwerpunkte ist eine krankenhauserplanerische Vorgabe zu sehen, die sich auf den Umfang der jeweiligen Versorgungsaufträge auswirkt. Für die Klinik der Klägerin ist eine solche Zuweisung jedoch gerade nicht erfolgt.

(3) Die spezielle Planung der Kardiologie im Wege des „arbeitsteilig koordinierten Schwerpunkts“ lässt sich auch nachvollziehbar dem Landeskrankenhausplan 2010 – 2015 entnehmen. Darin wird hervorgehoben, dass die Schwerpunktbildung nach der arbeitsteiligen Koordinierung und Zuordnung der medizinischen Spezialgebiete ein wichtiger Anknüpfungspunkt für die planerisch angestrebte Konzentrierung und

Binnendifferenzierung darstellt (S. 5, linke Spalte). Schwerpunktsetzung und Leistungskonzentrierung spielten eine hervorgehobene Rolle bei der Zukunftssicherung der Krankenhäuser. Sie seien eine zugleich aus Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgründen notwendige Strategie zur Weiterentwicklung der Krankenhausstruktur im Land Bremen, die in Anknüpfung an die arbeitsteilige Koordinierung weiter verfolgt werden solle (S. 31, linke Spalte). Daran anknüpfend wird die Kardiologie als eine solche Spezialdisziplin benannt (S. 11, rechte Spalte). Demgegenüber seien Leistungsangebote in den Grunddisziplinen der Inneren Medizin und Allgemeinen Chirurgie für die regionale Notfallversorgung der Bevölkerung erforderlich. Doppel- und Mehrfachvorhaltungen seien jedoch zu überprüfen und abzubauen (S. 6, 31 linke Spalte). Hieraus verdeutlicht sich, dass die Beklagte als Planungsbehörde auch mit dem Instrument der arbeitsteilig koordinierten Schwerpunkte die Versorgungsaufträge der Krankenhäuser in Bremen und Bremerhaven steuern wollte. Diese anzuerkennende Zielsetzung würde unterlaufen, wenn die ausgewiesenen Fachrichtungen stets jede Spezialdisziplin umfassen würden. Zudem orientiert sich der Landeskrankenhausplan auch bei der Festlegung der medizinischen Schwerpunkte wiederum an den Fachrichtungen der ärztlichen Weiterbildungsordnung (vgl. dort S. 5, rechte Spalte), so dass die oben diesbezüglich gefundenen Auslegungsergebnisse ebenso auf die Festlegung der arbeitsteilig koordinierten Schwerpunkte zu übertragen sind. Hiernach unterfallen die dem Weiterbildungsgang des Kardiologen zuzuordnenden kardiologischen Leistungen gerade nicht dem Weiterbildungsinhalt des Internisten.

(4) Dieses Konzept war auch für die Klägerin ersichtlich. Denn auf das Instrument der arbeitsteilig koordinierten medizinischen Schwerpunkte wird in dem Feststellungsbescheid der Klägerin Bezug genommen (Ziffer 2). Darin werden der Klägerin eben solche für das Gebiet der Internistischen Onkologie als Teil der Fachrichtung Innere Medizin und der Nuklearmedizin als Teil der Fachrichtung Nuklearmedizin zugewiesen. Eine Zuweisung der Kardiologie erfolgte hingegen nicht.

(5) Insoweit kann sich auch aus der von der Klägerin angeführten Äußerung eines Mitarbeiters der Beklagten in der AG-Umlandversorgung am 11.01.2017 nichts anderes ergeben. Hier wurde ausgeführt, dass die Planung in Bremen sehr kleinteilig und in bestimmten Bereichen nicht einheitlich erfolge, beispielsweise mit Blick auf die Kardiologie und Gefäßchirurgie. So stünden explizit ausgewiesenen Fachabteilungen entsprechende Schwerpunkte der arbeitsteiligen Koordinierung gegenüber; zusätzlich erbrächten einige Krankenhäuser auch ohne planerischen Ausweis Leistungen dieser Fachrichtungen. Einzig die planerische Detailtiefe der Fachabteilung Geriatrie sei nicht verhandelbar. In dieser Äußerung bestätigt sich vielmehr, dass die Krankenhausplanung

in Bremen durch die Instrumente explizit ausgewiesener Fachabteilungen und entsprechender Schwerpunkte der arbeitsteiligen Koordinierung erfolgt. Eine Erweiterung nicht bestehender Versorgungsaufträge kann aus der ebenfalls erwähnten Duldung der Leistungserbringung durch planerisch nicht ausgewiesene Abteilungen schon wegen der Regelung des § 8 Abs. 1 Sätze 3 und 4 KHEntgG, der die zur Bestimmung des Versorgungsauftrags maßgeblichen Quellen abschließend benennt, nicht begründet werden. Dies gilt gleichermaßen für die von der Klägerin angeführte Vereinbarung kardiologischer Leistungen in den Jahren 2014 und 2015. Die konkludente Erteilung eines Versorgungsauftrags scheidet wegen der Regelung des § 8 Abs. 1 Satz 4 KHEntgG ebenfalls aus. Auch die Voraussetzungen zur Erteilung der Genehmigung ergeben sich abschließend aus § 14 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG und stehen nicht zur Disposition der Beklagten. Zudem handelte es sich bei den in den Jahren 2014 und 2015 vereinbarten kardiologischen Leistungen um insgesamt relativ geringe Fallzahlen von im Jahr 2015 nach Auskunft der Beklagten insgesamt 15, nach Auskunft der Beigeladenen insgesamt 19 Fällen, während für das Jahr 2016 nach Auskunft der Beklagten nunmehr 233 kardiologische Fälle geltend gemacht werden. Vor dem Hintergrund dieser Zahlen erscheint der Vortrag der Beigeladenen, dass es sich bei den in den Jahren 2014 und 2015 vereinbarten Fällen um ein Versehen gehandelt habe, durchaus plausibel.

dd) Vielmehr ergibt sich aus dem Schreiben der Beklagten an die Klägerin vom 23.06.2015, welches im Rahmen der Auslegung des Feststellungsbescheides vom 02.12.2015 entsprechend §§ 133, 157 BGB als der Klägerin bekannter Umstand zu berücksichtigen ist, dass der Klägerin gerade kein Versorgungsauftrag für kardiologische Leistungen zugewiesen wurde. In diesem Schreiben hat die Beklagte der Klägerin ausdrücklich mitgeteilt, dass sie derzeit gemäß dem Landeskrankenhausplan nicht über einen kardiologischen Versorgungsauftrag verfüge, weshalb die beabsichtigte Leistungsausweitung auf kardiologische Behandlungsverfahren nicht vom aktuellen Versorgungsauftrag gedeckt sei. Vor diesem Hintergrund konnte die Klägerin als verständige Empfängerin des Feststellungsbescheides nicht davon ausgehen, dass diese Leistungen von ihrem Versorgungsauftrag umfasst seien.

ee) Soweit in der mündlichen Verhandlung darauf hingewiesen wurde, dass entsprechende kardiologische Leistungen nunmehr auch im Rotes Kreuz Krankenhaus und im Klinikum Bremen-Nord erbracht würden, ändert auch dies am Umfang des klägerischen Versorgungsauftrags nichts. Es ist der Beklagten unbenommen, auch während eines laufenden Planungszeitraumes für einzelne Plankrankenhäuser krankenhauserplanerische Veränderungen vorzunehmen und auf entsprechende Anträge bestehende Versorgungsaufträge im Wege veränderter Feststellungsbescheide zu

erweitern. Für den Umfang des Versorgungsauftrags der Klägerin kommt es allein auf die Auslegung ihres Feststellungsbescheides vom 02.12.2015 und des gültigen Landeskrankenhausplanes im Zeitpunkt des Zugangs des Feststellungsbescheides an. Nachträgliche Veränderungen bleiben für das ihren Versorgungsauftrag betreffende Auslegungsergebnis unberücksichtigt, soweit sie - wie hier - nicht den Feststellungsbescheid der Klägerin betreffen.

c) Der Versorgungsauftrag der Klägerin umfasst auch keine geriatrisch-frührehabilitativen Komplexbehandlungen.

aa) Aus der Weiterbildungsordnung lässt sich die Zuordnung dieser Leistungen zu einem bestimmten Fachgebiet nicht herleiten. Darin ist lediglich festgelegt, dass in Ergänzung zu einer bereits erworbenen Facharztkompetenz durch eine 18-monatige Zusatz-Weiterbildung die Zusatzbezeichnung Geriatrie erworben werden kann. Grundsätzlich können geriatrische Leistungen also von Fachärzten sämtlicher Disziplinen erbracht werden. Hieraus folgt jedoch nicht, dass frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlungen vom Versorgungsauftrag sämtlicher Plankrankenhäuser in Bremen umfasst wären. Denn auch insoweit besteht in Bremen eine ausdrückliche krankenhaushausplanungsrechtliche Zuweisung, die das Krankenhaus der Klägerin gerade nicht einbezieht.

bb) Ein Versorgungsauftrag für die Erbringung frührehabilitativer geriatrischer Komplexbehandlungen ergibt sich hier insbesondere nicht aus § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbs. 2 SGB V. Diese Regelung legt fest, dass die akutstationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation umfasst. Selbst wenn diese Regelung dahingehend verstanden wird, dass sie eine geriatrische Leistungserbringung grundsätzlich auch für solche Krankenhäuser ermöglichen soll, denen kein Versorgungsauftrag für (allgemeine) geriatrische Leistungen zugewiesen ist (so SG Halle (Saale), Urteil vom 25. April 2018 – S 22 KR 336/14 –, juris, Rn. 103 ff.; OVG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 22. November 2012 – 13 A 2379/11 –, juris, Rn. 44 ff.), schließt sie die krankenhaushausplanerische Vergabe spezieller Versorgungsaufträge für diese Leistungen jedenfalls nicht aus.

(1) In der Gesetzesbegründung zu § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V (BT-Drs. 14/5074, S. 117 f.) wird ausgeführt, dass die Rehabilitation von Anfang an integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung sein solle. Für die Feststellung des individuellen medizinischen Rehabilitationsbedarfs im Akutkrankenhaus seien Art und Schwere der

Erkrankung und die individuellen Voraussetzungen wie z. B. Lebensalter und Multimorbidität des Patienten zugrunde zu legen. Über die bereits vorhandenen Rehabilitationsansätze im Krankenhaus hinaus seien zukünftig 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. Die medizinisch notwendigen rehabilitativen Maßnahmen im Krankenhaus seien dabei differenziert an den individuellen Voraussetzungen der Patienten auszurichten.

(2) Die Erbringung von Leistungen zur Frührehabilitation, wozu auch die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung gehört, zählt somit zwar zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Indes gehört die Leistung bei Plankrankenhäusern, wie der Klägerin, nur zu diesen, wenn die Leistungserbringung im „Rahmen des Versorgungsauftrages“ (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbs. 1 SGB V) erfolgt. Nur in diesem Fall können Leistungen im Rahmen des Erlösbudgets berücksichtigt werden (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 3 Halbs. 1 KHEntgG). Der gesetzliche Vergütungsanspruch des Krankenhauses besteht nur für Behandlungen, die von dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses gedeckt sind. Über dessen Rahmen hinaus ist das Krankenhaus nicht zu einer Behandlung und die Krankenkassen – von Notfällen abgesehen – nicht zu einer Vergütung verpflichtet, selbst wenn die Leistung ansonsten ordnungsgemäß erbracht wurde (vgl. Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl. 2018, § 27 Rn. 93). Dies schließt auch die Ausweisung spezieller Zentren mit ein; denn bundesrechtlich steht nicht in Frage, dass ein Krankenhausplan Festlegungen über Versorgungsschwerpunkte und -zentren treffen kann (BVerwG, Urteil vom 22. Mai 2014 - 3 C 8/13 -, juris, Rn. 27 mit Verweis auf BVerwG, Urteil vom 14. April 2011 - 3 C 17.10; OVG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 26. Juli 2016 – 3 LA 70/14 –, juris, Rn. 6). Die von der Klägerin aufgeworfene Frage der Normenhierarchie zwischen Bundes- und Landesrecht stellt sich aufgrund dieser Systematik und des in § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V ausdrücklich aufgenommenen Vorbehalts eines bestehenden Versorgungsauftrags nicht. Ein Versorgungsauftrag für die Erbringung geriatrisch frührehabilitativer Leistungen setzt daher auch unter Berücksichtigung des § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V entweder voraus, dass diese Leistungen krankenhauserplanerisch auf Landesebene nicht schwerpunktmäßig zugewiesen wurden oder das jeweilige Krankenhaus von einer speziellen Beplanung in dem jeweiligen Land erfasst ist. Die hier maßgebliche Ausgestaltung der Bremischen Landeskrankenhausplanung sieht eine spezielle Leistungszuweisung für geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlungen vor, von der die Klinik der Klägerin nicht umfasst ist. Der Landeskrankenhausplan 2010 - 2015 sieht für die Geriatrie im Gebiet

Bremerhaven nach Ziffer 4.2.15.1 (S. 102) ausschließlich das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide vor.

(3) Dieses Ergebnis bestätigt sich in der Regelung des § 22 Abs. 3 Sätze 1 und 2 BremKrhG. Hiernach sind die Krankenhäuser verpflichtet, den Belangen behinderter, alter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten mit ihrem Bedürfnis nach Fortführung eines selbstbestimmten Lebens Rechnung zu tragen und angemessene Behandlungskonzepte vorzuhalten. Das Krankenhaus hat entsprechend § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V insbesondere die im Einzelfall gegebene Indikation für eine geriatrische Frührehabilitation zu klären und geeignete Patientinnen und Patienten in geriatrische Einrichtungen in Wohnortnähe zu verlegen. Die Gesetzesbegründung zum Bremischen Krankenhausgesetz hebt diesbezüglich hervor, dass der Krankenhausrahmenplan auch spezielle für die Versorgung der Bevölkerung bedeutsame Versorgungsschwerpunkte und Gebiete und Schwerpunkte nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Bremen gesondert festlegen könne, wie dies z.B. mit der Geriatrieplanung geschehen sei (Bürgerschaft (Landtag) Drs. 17/1539, S. 22). Weiter wird in diesem Zusammenhang auf die Notwendigkeit von Regelungen über eine qualitativ gesicherte Patientensteuerung behinderter, alter, hochbetagter und dementer Patientinnen und Patienten abgestellt. Die Indikation für eine geriatrische Frührehabilitation (Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V) solle so früh wie möglich gestellt werden. Soweit erforderlich, sollen geeignete Patientinnen und Patienten in geriatrische Einrichtungen in Wohnortnähe verlegt oder entlassen werden (Bürgerschaft (Landtag) Drs. 17/1539, S. 22 f.). Hieraus wird deutlich, dass mit der im Landeskrankenhausplan 2010 - 2015 gewählten Schwerpunktsetzung für die Geriatrie der Versorgungsauftrag für geriatrische Leistungen für Bremerhaven allein beim Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide gebündelt verortet und die Klägerin von der Erbringung dieser Leistungen ausgeschlossen werden sollte.

Die Auffassung der Klägerin, die Regelung des § 22 Abs. 3 BremKrhG sei mit dem Tatbestandsmerkmal der Geeignetheit dahingehend eingeschränkt, dass sie nicht auf solche Patienten anzuwenden sei, die mit einer vom Versorgungsauftrag der Klägerin umfassten Primärerkrankung oder als Notfall behandelt würden, überzeugt nicht. Ein Versorgungsauftrag für eine geriatrische Leistungserbringung kommt für die Klägerin nach obigen Ausführungen aufgrund der krankenhausesplanungsrechtlichen Vorgaben auch für solche Patienten nicht in Betracht. In derartigen Fällen erschöpft sich die Vorgabe der § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V und § 22 Abs. 3 BremKrhG für die Klägerin in der Diagnose eines geriatrischen Behandlungsbedarfs und der daran anschließenden Prüfung von Verlegungsmöglichkeiten in eine ausgewiesene geriatrische Einrichtung.

(4) Der Landeskrankenhausplan 2010 – 2015 setzt dieses in § 22 Abs. 3 BremKrhG angelegte Konzept im Wege einer speziellen Beplanung geriatrischer Behandlungsleistungen um. Dort heißt es unter Ziffer 3.1 „Weiterentwicklung der geriatrischen Frührehabilitation“: *„Der mit der Fortschreibung des Krankenhausplans 1995 bis 1998 beschlossene Geriatrieplan sieht die Etablierung der frührehabilitativen Krankenhausbehandlung für ältere und hochbetagte Menschen vor. In Umsetzung dieses Plans wurden 195 stationäre Betten und 80 tagesklinische Plätze in der Stadt Bremen sowie 50 Betten und 15 tagesklinische Plätze in Bremerhaven eingerichtet. Die Standorte wurden nach dem Grundsatz der Sicherstellung einer wohnortnahen, regionalen Versorgung ausgesucht. Standorte sind [...] sowie das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide [...]. Ziel dieser Einrichtungen ist es, bereits in der akutmedizinischen Behandlungsphase frühzeitig rehabilitativ orientierte therapeutische Behandlungen durchzuführen“* (S. 32). Dementsprechend wird die Geriatrie in Bremerhaven ausschließlich am Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide vorgehalten (S. 102). Hieraus wird deutlich, dass krankenhauserplanerisch eine Konzentration nicht nur der Geriatrie, sondern insbesondere der hier streitgegenständlichen geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung bewirkt werden sollte. Die im Landeskrankenhausplan nicht als Standort aufgeführten Krankenhäuser sind dementsprechend von der Erbringung solcher Leistungen ausgeschlossen.

(5) Entgegen der Auffassung der Klägerin läuft die Regelung des § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V bei einer solchen Interpretation auch nicht leer. Denn die hier vertretene Auslegung führt lediglich zu einem Ausschluss geriatrisch frührehabilitativer Komplexbehandlungen. In den übrigen vom Versorgungsauftrag der Klägerin umfassten Fachgebieten bezieht die Norm des § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V auch die zugehörige jeweilige Frührehabilitation in das Leistungsprogramm der Krankenhausbehandlung ein.

II. Die Kostenentscheidung beruht auf § 154 Abs. 1 VwGO. Es entspricht der Billigkeit im Sinne des § 162 Abs. 3 VwGO, die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu 1. und 2. der unterlegenen Klägerin aufzuerlegen, da sich die Beigeladenen zu 1. und 2. durch die Stellung eigener Sachanträge einem Prozessrisiko ausgesetzt haben (vgl. § 154 Abs. 3 VwGO). Die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu 3. sind hingegen nicht erstattungsfähig, da diese keinen eigenen Sachantrag gestellt hat. Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf § 167 Abs. 1 VwGO i. V. m. §§ 708 Nr. 11, 709, 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 hat an der
Entscheidung mitgewirkt, ist
aber durch Abordnung
verhindert, seine
Unterschrift beizufügen.

Dr. Kiesow