

7 A 11124/13.OVG
6 K 434/12.MZ



OBERVERWALTUNGSGERICHT RHEINLAND-PFALZ

URTEIL

IM NAMEN DES VOLKES

In dem Verwaltungsrechtsstreit

1. der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse, vertreten durch den Vorstand, Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg,
2. des vdek e.V., vertreten durch den Vorstand, Askanischer Platz 1, 10963 Berlin,

- Kläger und Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigter zu 1-2: Herr Assessor jur. Dirk Heß, AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse, Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg,

g e g e n

das Land Rheinland-Pfalz, vertreten durch den Minister für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, Bauhofstraße 9, 55116 Mainz,

- Beklagter und Berufungskläger -

Beigeladene und Berufungsklägerin:

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

w e g e n Krankenhausrechts

hat der 7. Senat des Oberverwaltungsgerichts Rheinland-Pfalz in Koblenz aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 24. Juni 2014, an der teilgenommen haben

Vorsitzende Richterin am Oberverwaltungsgericht Wünsch
Richterin am Oberverwaltungsgericht Lauer
Richter am Oberverwaltungsgericht Dr. Stahnecker
ehrenamtliche Richterin Hotelier Kauth
ehrenamtliche Richterin Hausfrau Rißler

für Recht erkannt:

Auf die Berufung des Beklagten und der Beigeladenen wird unter Abänderung des Gerichtsbescheides des Verwaltungsgerichts Mainz vom 9. Oktober 2013 die Klage abgewiesen.

Die Kläger tragen die Kosten des Verfahrens beider Rechtszüge einschließlich der Kosten der Beigeladenen.

Das Urteil ist wegen der Kosten vorläufig vollstreckbar.

Die Revision wird nicht zugelassen.

T a t b e s t a n d

Die Kläger wenden sich als Kostenträger gegen einen Bescheid des Beklagten, mit dem der Beschluss der Schiedsstelle für die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze für Rheinland-Pfalz (Schiedsstelle) das Erlösbudget für das Jahr 2007 des _____, dessen Träger die Beigeladene ist, genehmigt wurde. Zwischen den Beteiligten war allein die Frage streitig geblieben, ob bei der für das Erlösbudget 2007 anzusetzenden Leistungsmenge die DRGs (Diagnosis Related Groups) A09E und A13E, die auf die Kodierung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung zurückzuführen sind, zu berücksichtigen sind.

Das von der Beigeladenen betriebene Krankenhaus ist im Landeskrankenhausplan Rheinland-Pfalz 2003 (Krankenhausplan 2003) als ein Krankenhaus der Grundversorgung mit u.a. einer Fachabteilung Innere Medizin ausgewiesen. Auf diesem Fachgebiet werden mit Stand 30. September 2003 60 Betten einschließlich drei fachgebundener Intensivüberwachungsbetten (IÜ) angegeben. Eine An-

zahl betreffend fachgebundene Intensivbehandlungsbetten (IB) ist nicht ausgewiesen. Mit an die Beigeladene gerichtetem Bescheid vom 12. Dezember 2005 stellte der Beklagte u.a. fest: "Das Krankenhaus ver-
fügt damit ab dem 1. Januar 2004 über folgende Struktur:

| Fachgebiet | Betten Bestand (Datum) | Schwerpunkte/ Anmerkungen* |
|----------------|------------------------|----------------------------|
| Innere Medizin | 60 [0/3] | Ger, PS |
| Psychiatrie | 60 | |

* Anmerkungen und Schwerpunkte gemäß Inhaltsverzeichnis des Landeskrankenhausplans 2003/2007

Der Landeskrankenhausplan 2003 wird durch diesen Bescheid umgesetzt."

Nachdem die Beigeladene die Kläger und weitere Kostenträger bereits im Oktober 2006 zu Pflegesatz- und Entgeltverhandlungen für das Jahr 2007 aufgefordert hatte, lud sie im Juli 2008 schriftlich für den 14. August 2008 ein. Beigefügt war die Anlage E 1 „Aufstellung der Fallpauschalen für das Krankenhaus Forderung 2007 (Katalog 2007)", in der u.a. die DRG Nrn. A09E mit zwei Fällen mit effektiven Bewertungsrelationen von 42,132 und A13E mit fünf Fällen und effektiven Bewertungsrelationen von 32,834 aufgeführt sind. Über die Berücksichtigung der sieben Fälle mit effektiven Bewertungsrelationen von insgesamt 74,967 konnte zwischen den Verhandlungsparteien keine Einigung erzielt werden.

Mit Schreiben vom 2. Oktober 2009 beantragte die Beigeladene bei der Schiedsstelle für den Entgeltzeitraum 2007 u.a. die Festsetzung der Summe der effektiven Bewertungsrelationen nach § 4 Abs. 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der Fassung des Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes (2. FPÄndG) vom 15. Dezember 2004 - a.F. - in Höhe von 1.646,978 sowie eines Erlösbudgets nach § 4 Abs. 6 Satz 2 KHEntgG a.F. ohne Ausgleichs und Berichtigungen in Höhe von 5.445.448,00 € und nach § 4 Abs. 7 Satz 1 KHEntgG a.F. in Höhe von 6.354.430,00 €. Bei den effektiven Bewertungsrelationen waren 74,967 für die DRGs A09E und A13E enthalten. Die Beigeladene vertrat die Auffassung, die für die kodierte intensivmedizinische Behandlung geltend gemachten Fallpauschalen

seien vom Versorgungsauftrag ihres Krankenhauses gedeckt und entsprechend erbracht worden.

Die Kläger vertraten die Auffassung, die von der Beigeladenen eingebrachten DRGs A09E und A13E, die auf einer Kodierung des OPS-Kodes (Operationen- und Prozedurenschlüssel) 8-980 - intensivmedizinische Komplexbehandlung - beruhten, könnten nicht vereinbart werden. Der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) für den OPS-Kode 8-980 2007 geforderte Mindeststandard sei nicht erfüllt gewesen. Dieser verlange für 2007 - ebenso wie der von 2005 - eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation. Nach dem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 26. Juli 2007 sei diese im Krankenhaus Zum guten Hirten nicht gewährleistet gewesen. Denn der anwesende Bereitschaftsdienst der Stufe D sei auch nachts für die Patientenversorgung im übrigen Haus zuständig gewesen. Der Versorgungsauftrag für eine intensivmedizinische Komplexbehandlung sei nach dem Krankenhausplan 2003 nicht gegeben. Zwar sei nach dem Krankenhausplan 2003 im Rahmen des zugewiesenen Gebietes grundsätzlich die Erbringung jeder Leistung zulässig, die mit den Ressourcen des Krankenhauses dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend erbracht werden könnte. Diese Voraussetzungen lägen jedoch für eine intensivmedizinische Komplexbehandlung bei dem Krankenhaus der Beigeladenen nicht vor, denn es sei eine ständige ärztliche Besetzung der Intensivstation nicht möglich gewesen, sodass das Krankenhaus nicht über die personellen Ressourcen entsprechend dem Stand der medizinischen Erkenntnisse für die Erbringung der strittigen DRGs verfügt habe.

In der Sitzung der Schiedsstelle für die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze am 6. September 2010 führte die Beigeladene aus, sie könne im Rahmen des ihr zugewiesenen Fachgebiets Innere Medizin alle Behandlungen vornehmen. Hierfür spreche auch die ärztliche Weiterbildungsordnung Rheinland-Pfalz, die im Bereich der Fachweiterbildung Innere Medizin eine sechsmonatige Weiterbildung stationäre Intensivmedizin vorsehe. Ungeachtet des Versorgungsauftrags habe es sich bei den strittigen sieben Fällen um akute Notfälle gehandelt. Denn bei all diesen Fällen habe es sich um internistische Behandlungen gehandelt, bei denen die Beat-

mung sofort habe eingeleitet werden müssen und keine Verlegung mehr möglich gewesen sei.

Entsprechend dem Antrag der Beigeladenen beschloss die Schiedsstelle am 6. September 2010, dass das Erlösbudget nach § 4 Abs. 6 Satz 2 KHEntgG a.F. ohne Ausgleichs- und Berichtigungen in Höhe von 5.445.448,00 € und nach § 4 Abs. 7 Satz 1 KHEntgG a.F. in Höhe von 6.354.430,00 € sowie die Summe der effektiven Bewertungsrelationen nach § 4 Abs. 7 KHEntgG a.F. in Höhe von 1.646,978, wobei effektive Bewertungsrelationen für die DRGs A09E und A13E von 74,967 enthalten waren, festgesetzt wird. Zur Begründung wurde ausgeführt, es könne offen bleiben, ob die sieben DRGs vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Beigeladenen erfasst seien. Jedenfalls habe es sich um Notfälle gehandelt, die, da der Entgeltzeitraum 2007 abgeschlossen sei, bei der Budgetfindung zu berücksichtigen seien. Die Frage des Vorliegens der Abrechnungsvoraussetzungen und die der Abrechenbarkeit der erbrachten Leistungen seien ggf. vor den Sozialgerichten zu klären. Evidente Abrechnungsmängel bei den DRGs A09E und A13 E seien für die Schiedsstelle nicht erkennbar, sodass sie dieser Frage nicht nachgehe.

Auf den Antrag der Beigeladenen genehmigte der Beklagte mit Bescheid vom 5. März 2012 die Schiedsstellenentscheidung vom 6. September 2010 und lehnte den Antrag der Kläger auf Versagung der Genehmigung ab. Zur Begründung legte er dar, die Schiedsstelle habe es zutreffend abgelehnt, die effektiven Bewertungsrelationen zu senken. Die umstrittenen Leistungen seien vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Beigeladenen umfasst. Ausweislich des Planbettenbescheides vom 12. Dezember 2005 verfüge das Krankenhaus über eine Fachabteilung Innere Medizin mit 60 Planbetten. Aus der Ausweisung von in dieser Zahl enthaltenen drei Intensivüberwachungsbetten ergebe sich nach der rheinland-pfälzischen Krankenhausplanung keine Negativzuweisung im Sinne eines Verbots der Erbringung von Intensivbehandlung. Die Ausweisung stelle vielmehr darauf ab, dass das Krankenhaus im Rahmen der Hauptfachabteilung Innere Medizin mindestens Intensivüberwachung zu leisten habe. Darüber hinaus könne das Krankenhaus selbstverständlich auch intensivmedizinische Behandlung erbringen, um Patienten zu versorgen. Bei der Notwendigkeit von Intensivbehandlung beste-

he keine Pflicht zur Verlegung in benachbarte Krankenhäuser. Intensivmedizin sei im Jahre 2007 auch nach der einschlägigen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer unstreitig Bestandteil des Fachgebietes Innere Medizin gewesen. Erst eine Ausweisung von Intensivbehandlungsbetten mache die Erbringung von Intensivbehandlung für das Krankenhaus verpflichtend. Offenkundige Abrechnungsmängel hätten nicht vorgelegen, sodass die Schiedsstelle zutreffend auf den Rechtsweg zu den Sozialgerichten verwiesen habe.

Die Kläger haben gegen den am 8. März 2012 zugegangenen Bescheid am 5. April 2012 beim Verwaltungsgericht Mainz Klage erhoben und an ihrer Auffassung festgehalten, dass die streitigen Leistungen nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Beigeladenen umfasst seien und auch keine Ausnahme vorliege, weil es sich nicht um eine Behandlung von Notfallpatienten gehandelt habe. Bereits aus der Einstufung des Krankenhauses als Krankenhaus der Grundversorgung ergebe sich, dass eine Intensivbehandlung nur dann berücksichtigt werden könne, wenn es im Einzelfall nachweise, dass es die Voraussetzungen für die Erbringung dieser Leistung vorhalte. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Auch aus dem Fehlen der „strukturellen Voraussetzungen“, wie sie sich bereits aus den Mindestvoraussetzungen des OPS-Kodes 8-980 ergäben, folge zwingend die Nichterfüllung des Versorgungsauftrags. Vor dem Hintergrund der Grundversorgereigenschaft und aufgrund der zurückhaltenden Aussagen im Krankenhausplan 2003 sei eine restriktive Auslegung des Bescheides vom 12. Dezember 2005 betreffend den Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Beigeladenen geboten. Eine intensivmedizinische Komplexbehandlung sei im Krankenhaus der Beigeladenen nicht möglich gewesen. Aufgrund der fehlenden ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation lägen die Abrechnungsvoraussetzungen hierfür auch nicht vor. Dies sei evident, sodass der Abrechnungsfehler im Rahmen der Vereinbarung des Erlösbudgets 2007 zu berücksichtigen sei. Die Schiedsstelle habe verfahrensfehlerhaft entschieden. Sie sei einem Prognoseausfall erlegen, indem sie trotz des generellen, ständigen und offenkundigen Fehlens von Abrechnungsvoraussetzungen in Bezug auf die streitgegenständlichen DRGs diese bei der Beurteilung der Leistungskalkulation berücksichtigt habe. Eine realistische Vorkalkulation umfasse nur solche Leistungen, die auch abgerechnet werden könnten.

Der Beklagte hat dem entgegnet, nach dem Krankenhausplan 2003 und dem Feststellungsbescheid sei für das Krankenhaus der Beigeladenen im Rahmen des zugewiesenen Gebiets grundsätzlich die Erbringung jeder Leistung zulässig, die mit seinen Ressourcen dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend erbracht werden könnte. Den Ausführungen im Krankenhausplan 2003 sei zu entnehmen, dass im Rahmen der Krankenhausplanung ein Krankenhaus bei der Ausweisung von Intensivüberwachungsbetten nicht gehindert sei, auch Leistungen der Intensivbehandlung zu erbringen. Es handele sich bei der Feststellung des Versorgungsauftrages um Mindestanforderungen, die zu erbringen seien. Die Frage der Abrechenbarkeit von Leistungen müsse beim Versorgungsauftrag unberücksichtigt bleiben. Im Übrigen liege auch kein Ausnahmefall vor, denn ein Abrechnungsfehler sei für die Schiedsstelle nicht offenbar gewesen.

Die Beigeladene hat an ihrer Auffassung festgehalten, dass die Abrechnungsvoraussetzungen für eine intensivmedizinische Komplexbehandlung vorgelegen hätten. Die intensivmedizinische Betreuung der Patienten sei durch die Zuweisung des Fachgebiets Innere Medizin gedeckt. Die Zuweisung der drei Intensivüberwachungsbetten beschränke nicht den dem Krankenhaus im Feststellungsbescheid vom 12. Dezember 2005 erteilten Versorgungsauftrag. Bei der Budgetkalkulation gehe es im Übrigen nicht um die konkreten Abrechnungsfälle, sondern um eine Vorkalkulation der Leistungen. Die Beurteilung des Vorliegens der Abrechnungsvoraussetzungen obliege letztlich den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit.

Das Verwaltungsgericht Mainz hat durch Gerichtsbescheid vom 9. Oktober 2013 den Bescheid des Beklagten vom 5. März 2012 aufgehoben und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Der angefochtene Genehmigungsbescheid des Beklagten sei rechtswidrig, weil die damit genehmigte Entscheidung der Schiedsstelle mit der Rechtslage nicht in Einklang stehe. Die allein im Streit stehenden Leistungen der Intensivbehandlung, die durch die DRGs A09E und A13E (Beatmungsfälle) abgebildet würden, seien nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses gedeckt und hätten damit nicht - wie von der Schiedsstelle entschieden - in die Summe der zu vereinbarenden Bewertungsrelationen einfließen dürfen. Von den Vertragsparteien bzw. der Schiedsstelle seien Regelungen zur

Summe der Bewertungsrelationen unter Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses zu treffen. Dieser ergebe sich nach den gesetzlichen Bestimmungen aus den Festlegungen im Krankenhausplan in Verbindung mit dem zu seiner Durchführung erlassenen Bescheid, der allein Regelungs- und Außenwirkung habe. Dem Feststellungsbescheid des Beklagten und den darin enthaltenen Zahlen sei auf der Grundlage des Krankenhausplans 2003 zu entnehmen, dass die „0“ für die Intensivbehandlungsbetten stehe. Da Intensivbehandlungsbetten mit „0“ ausgewiesen seien, seien solche Betten nicht Inhalt des Versorgungsauftrags des Krankenhauses der Beigeladenen. Denn der Krankenhausplan sehe nicht nur die Gesamtbettenzahl, sondern auch spezielle Festlegungen hinsichtlich fachgebundener Intensivbehandlungs- und Intensivüberwachungsbetten vor, die sich zusätzlich oder anstelle der Fachabteilung Intensivmedizin/Anästhesie in bestimmten Fachabteilungen fänden. Die Berücksichtigung der streitigen intensivmedizinischen Behandlungsmaßnahmen durch die Schiedsstelle unter dem Gesichtspunkt des Notfalles sei nicht möglich. Maß und Grenze jeder Budgetvereinbarung sei der Versorgungsauftrag des Krankenhauses.

Der Beklagte und die Beigeladene haben dagegen rechtzeitig die vom Verwaltungsgericht zugelassene Berufung eingelegt.

Der Beklagte trägt vor, die Entscheidung des Verwaltungsgerichts sei mit wesentlichen Grundprinzipien der rheinland-pfälzischen Krankenhausplanung unvereinbar. Diese sei eine Rahmenplanung nach Fachgebieten der Ärztlichen Weiterbildungsordnung. Krankenhäuser seien berechtigt im Rahmen des ihnen zugewiesenen Fachgebiets prinzipiell alle Leistungen zu erbringen, sofern sie die personellen und apparativen Voraussetzungen zum Erbringen der Leistung aufwiesen. Intensivbeatmungsleistungen ließen sich nicht einem oder mehreren weiterbildungsrechtlichen Gebieten exklusiv zuordnen. Damit könnten auch Krankenhäuser der Grundversorgung bei entsprechender Ausgestaltung intensivmedizinische Leistungen der Überwachung, aber auch der Beatmung erbringen. Im Rahmen der Krankenhausplanung würden zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung Krankenhäusern neben ausgewiesenen Fachabteilungen für Intensivmedizin und Anästhesiologie im Rahmen von Abteilungen für Innere Medizin und/oder Chirurgie zusätzlich Intensivüberwachungs- und Intensivbehandlungs-

betten zugewiesen. Die ausgewiesenen Kapazitäten könnten aber nur eine Mindestbegrenzung des errechnet Notwendigen sein. Sie stellten kein Ausschlusskriterium dar.

Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus dem Feststellungsbescheid. Dieser habe zum Inhalt, dass eine Vorhalteverpflichtung von drei Überwachungsbetten zur Sicherung der intensivmedizinischen Versorgung der Region im Rahmen der Fachabteilung Innere Medizin bestehe. Durch den Klammerzusatz im Feststellungsbescheid vom 12. Dezember 2005 werde keine Einzelentscheidung über den Umfang des Versorgungsauftrags für die Intensivkapazitäten getroffen. Die „0“ in der Klammer bei Intensivbehandlung habe in diesem Zusammenhang keine andere Aussagekraft, als dass es sich bei dem zugrundeliegenden Datenblatt um eine Excel-Tabelle handele, in der die Null einen Platzhalter für „keine Ausweisung“ darstelle. Die Null habe nicht die weitergehende Aussagekraft, die das Verwaltungsgericht ihr zumesse. Soweit das Verwaltungsgericht Kostengesichtspunkte für die im Feststellungsbescheid ausgewiesenen Zahlen betreffend die Intensivüberwachungsbetten und Intensivbehandlungsbetten anführe, stehe dies im Widerspruch zur rheinland-pfälzischen Krankenhausplanung. Die Ausweisung erfolge vielmehr rein aus Gründen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung.

Die Auslegung des Verwaltungsgerichts decke sich auch nicht mit der Planungsrealität. Beispielsweise seien im relevanten Planungszeitraum dem

nach dem Datenblatt zu dessen Feststellungsbescheid 16 Betten im Fachgebiet Intensivmedizin/Anästhesiologie zugewiesen. In der Spalte IB sei „0“ vermerkt und in der Spalte IÜ „4“. Bereits hieraus ergebe sich, dass die Zuweisung in den Spalten IÜ und IB nicht zu einer Einschränkung des Versorgungsauftrags führen könne. In einem weiteren Fall habe die Klägerin zu 1) für das Jahr 2012 in einer Vereinbarung die DRG A13E berücksichtigt, obwohl es in dem Feststellungsbescheid an einer expliziten Ausweisung von Intensivüberwachungsbetten und Intensivbehandlungsbetten fehle.

Hinsichtlich der Einbeziehung der Bewertungsrelationen für Notfallpatienten in die Gesamtbewertungsrelation sei der Schiedsstelle zu folgen.

Die Beigeladene ist der Auffassung, eine Begrenzung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses auf Intensivüberwachungsbetten unter Ausschluss von Intensivbehandlungsbetten ergebe sich nicht aus dem Feststellungsbescheid. Der Beklagte habe lediglich Mindestanforderungen formulieren wollen. Aufgrund des Krankenhausplans und des Feststellungsbescheids sei sie berechtigt, in ihrem Krankenhaus das ihr zugewiesene Gebiet Innere Medizin voll auszuschöpfen. Das planerisch zugewiesene Gebiet Innere Medizin umfasse „die Erkennung und Behandlung akuter Notfälle einschließlich lebensrettender Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung“. Daraus erschließe sich, dass die DRGs A09E und A13E (Beatmungsfälle) zu ihrem Versorgungsauftrag „Innere Medizin“ gehörten. Eine spezielle Zuweisung unterhalb der Ebene des Fachgebiets sei auch nicht mit den Vorschriften des rheinland-pfälzischen Landeskrankenhausgesetzes vereinbar. Entgegen den Ausführungen des Verwaltungsgerichts gehöre auch die Behandlung von Notfallpatienten zu der Summe der Bewertungsrelationen, die die Vertragsparteien vereinbaren könnten oder die Schiedsstelle festlege.

Der Beklagte und die Beigeladene beantragen,

unter Abänderung des Gerichtsbescheides des Verwaltungsgerichts Mainz vom 9. Oktober 2013 die Klage abzuweisen.

Die Kläger beantragen,

die Berufungen zurückzuweisen.

Die Kläger sind der Auffassung, die Entscheidung des Verwaltungsgerichts sei zutreffend. Sie seien nicht bereit, mit der Beigeladenen Fallpauschalen für den Bereich der intensivmedizinischen Komplexbehandlung zu vereinbaren. Das Krankenhaus der Beigeladenen habe weder den entsprechenden Versorgungsauftrag noch erfülle es die erforderlichen Mindestmerkmale für eine entsprechende Leistungserbringung. Der in dem das Krankenhaus der Beigeladenen betreffenden Feststellungsbescheid des Beklagten vom 12. Dezember 2005 unter der Spalte „Betten Bestand“ enthaltene Klammerzusatz [0/3] lasse auf der Grundlage des Krankenhausplans 2003 nur den Schluss zu, dass dem

keine Intensivbehandlungsbetten zugewiesen seien. Der Inhalt des Versorgungsauftrags ergebe sich aus den Komponenten zugewiesenes Fachgebiet - Innere Medizin - sowie Zahl und Art der Betten. Der im Bescheid festgelegte Schwerpunkt bleibe außen vor. Durch die Struktur des Krankenhausplans 2003 werde nicht nur eine Festlegung der Gesamtbettenzahl, sondern auch eine spezielle Festlegung hinsichtlich fachgebundener Intensivbehandlungsbetten und fachgebundener Intensivüberwachungsbetten, die sich zusätzlich oder anstelle der Fachabteilung Intensivmedizin/Anästhesie in bestimmten Fachabteilungen fänden, vorgenommen. Die Unterrubriken „IB“ und „IÜ“ stünden gleichberechtigt neben der Unterrubrik „B“ und der Unterrubrik „Belegabteilung“. Unter Kostengesichtspunkten sei die gesonderte Ausweisung von Betten für intensivmedizinische Maßnahmen und die weitere Differenzierung nach Intensivbehandlungsbetten und Intensivüberwachungsbetten sinnvoll. Denn solche Betten seien mit den daran anknüpfenden Maßnahmen besonders teuer, wobei Intensivbehandlungsbetten nochmals teurer seien als Intensivüberwachungsbetten.

Die Beigeladene sei auch nicht in der Lage gewesen, eine intensivmedizinische Behandlung entsprechend den Abrechnungsvoraussetzungen des OPS-Kode 8-980 zu erbringen, weil keine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation gegeben sei. Das Bundessozialgericht habe dies für das Jahr 2008 zwischenzeitlich entschieden (Urteil vom 18. Juli 2013 - B 3 KR 25/12 R -).

Den Ausführungen des Beklagten zur Auslegung des Feststellungsbescheides vom 12. Dezember 2005 könne nicht gefolgt werden. Das „Planungsverständnis“ des Beklagten stehe im Widerspruch zum objektiven Empfängerhorizont des Feststellungsbescheides einschließlich des ebenfalls maßgeblichen Krankenseinzelblattes des Krankenhausplans 2003. Der Beklagte verfolge durch sein „Planungsverständnis“ nicht das öffentliche Interesse der Bevölkerung an bezahlbaren Beitragssätzen. Eine wirtschaftliche Leistungserbringung im Krankenhaussystem könne nicht gewährleistet werden, wenn jedes Krankenhaus „zur Wahrung des Handlungsspielraums“ nahezu jede Leistung erbringen dürfte und das eigenmächtige Schaffen personeller und sachlicher Voraussetzungen die Entgeltverhandlungen und damit verbunden die Leistungserbringung präjudizieren würde.

Das Verhalten des Beklagten würde einseitig falsche ökonomische Anreize setzen, was zu einer teuren Überversorgung führen würde.

Die von dem Beklagten angeführten Beispiele des

und des anderen Hauses seien nicht zielführend. Das

sei mit dem Krankenhaus der Beigeladenen nicht vergleichbar. Denn es verfüge über eine gesondert ausgewiesene Abteilung für Intensivmedizin/Anästhesie. Bei dem zweiten Beispiel sei aufgrund des objektiven Erklärungswertes des Feststellungsbescheides für dieses Haus der Versorgungsauftrag nicht beschränkt.

Notfälle seien zwar einzelfallbezogen abrechnungsfähig, jedoch mangels Versorgungsauftrags im Rahmen der Entgeltvereinbarung nicht vereinbarungsfähig. Sie hätten zudem ausdrücklich der Annahme von Notfällen im Krankenhaus der Beigeladenen widersprochen. Dies habe die Schiedsstelle unberücksichtigt gelassen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die von den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie die beigezogenen Verwaltungsakten Bezug genommen, die sämtlich Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e

Die zulässigen Berufungen des Beklagten und der Beigeladenen sind begründet.

Entgegen der Auffassung des Verwaltungsgerichts stellt sich hinsichtlich der vorliegend allein streitigen Genehmigung der vergütungsmäßigen Berücksichtigung der Intensivbehandlungen im Erlösbudget 2007 für das

der Beigeladenen durch die Schiedsstelle der angefochtene Genehmigungsbescheid des Beklagten als rechtmäßig dar und verletzt die Kläger nicht in ihren Rechten (vgl. § 113 Abs. 1 Satz 1 VwGO).

Die in § 14 Abs. 1 Satz 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) geregelten Voraussetzungen für die Genehmigung der Festsetzungen der Schiedsstelle, die von

Klägern und Beigeladenen angerufen wurde, nachdem sie sich bei ihren Verhandlungen nach § 11 KHEntgG in der Fassung des Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes (2. FPÄndG) vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3429) - a.F. - über die Berücksichtigungsfähigkeit der Intensivbehandlungen nicht einigen konnten, lagen insoweit vor. Nach dieser Bestimmung erteilt die zuständige Landesbehörde die Genehmigung, wenn die Festsetzung der Schiedsstelle den Vorschriften des Krankenhausentgeltgesetzes sowie sonstigem Recht entspricht. Das war hier hinsichtlich der erfolgten Berücksichtigung der DRGs A09E und A13E im Erlösbudget 2007 des
der Fall.

Die Schiedsstellenentscheidung ist entgegen der Auffassung der Kläger rechtmäßig. Auszugehen ist insoweit nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil vom 6. November 2006 - 3 B 71/06 -, juris, Rn. 3 m.w.N.) davon, dass die Schiedsstelle dieselben rechtlichen Grenzen zu beachten hat, die auch für die Pflegesatzparteien selbst im Falle der Regelung durch Vereinbarungen gelten; innerhalb dieser Grenzen hat die Schiedsstelle die ansonsten den Vertragsparteien zukommenden Gestaltungsmöglichkeiten. Das bedeutet, dass die Entscheidung der Schiedsstelle nur dann rechtswidrig wäre, wenn auch die Vertragsparteien eine entsprechende Regelung im Vereinbarungswege nicht hätten treffen dürfen. Ein entsprechendes gesetzliches Verbot zeigen die Kläger aber nicht auf. Es ist auch nicht ersichtlich. Denn die zwischen den Beteiligten streitigen effektiven Bewertungsrelationen sind im Erlösbudget 2007 des Krankenhauses der Beigeladenen zu berücksichtigen, weil sie von ihrem Versorgungsauftrag umfasst sind. (dazu I.). Nicht abzustellen ist auf das Vorliegen der Abrechnungsvoraussetzungen, denn der Streit darüber war im Zeitpunkt der Entscheidung durch die Schiedsstelle im sozialgerichtlichen Verfahren nicht geklärt (dazu II.).

I) Die Berücksichtigungsfähigkeit der effektiven Bewertungsrelationen im Erlösbudget 2007 für die Fallpauschalen aufgrund der Intensivbehandlung scheidet entgegen der Auffassung des Verwaltungsgerichts und der Kläger nicht an einer Überschreitung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses der Beigeladenen im streitigen Zeitraum. Dies ergibt sich für den Senat aufgrund einer Auslegung

des Feststellungsbescheids des Beklagten unter Berücksichtigung des Krankenhausplans 2003.

1) Nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG dürfen - abgesehen von Notfallpatienten - Entgelte nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden. Für die zwischen dem Krankenhausträger und den Sozialleistungsträgern nach § 11 Abs. 1 KHEntgG a.F. zu treffende Vereinbarung gilt nichts anderes. Gemäß § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG ergibt sich der Versorgungsauftrag für das Krankenhaus der Beigeladenen als einem Plankrankenhaus im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 i.V.m. § 8 Abs. 1 Satz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Maßgeblich sind damit vorliegend die Festlegungen im Landeskrankenhausplan Rheinland-Pfalz 2003 und der an die Beigeladene gerichtete Feststellungsbescheid des Beklagten vom 12. Dezember 2005. Hieraus ergibt sich, dass die von der Beklagten für die Intensivbehandlung beanspruchten Leistungen auf Behandlungen beruhen, die vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Beigeladenen umfasst sind.

Nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG ist der Versorgungsauftrag Maß und Grenze der Entgeltvereinbarung. Die Budgetvereinbarung darf daher keine Leistungen des Krankenhauses vorsehen, die außerhalb seines Versorgungsauftrages liegen (BVerwG, Urteil vom 20. Dezember 2007 - 3 C 53.06 -, juris, Rn. 29 zu § 4 Nr. 1 Bundespflegegesetzverordnung 1994). Zwar enthält das Gesetz keine Legaldefinition des Versorgungsauftrags, aber der Regelung des § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG ist zu entnehmen, wie er zu bestimmen ist. Da der Krankenhausplan selbst jedoch, was § 6 Abs. 1 Satz 2 Landeskrankenhausgesetz Rheinland-Pfalz (LKG) ausdrücklich feststellt, keine Außenwirkung entfaltet, ihm vielmehr die Rechtswirkung einer innerdienstlichen Weisung an die zuständige Landesbehörde zukommt, bestimmt der Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG, mit dem der Krankenhausplan im Einzelfall mit Außenwirkung umgesetzt wird, Inhalt und Reichweite des Versorgungsauftrags des einzelnen Krankenhauses (vgl. hierzu BVerwG, Urteil vom 14. April 2011 - 3 C 17/10 -, juris, Rn. 13; OVG Nds, Urteil vom 12. Juni 2013 - 13 LC 175/10 -, juris, Rn. 28).

2) Die Beteiligten streiten über den Inhalt des Feststellungsbescheides des Beklagten vom 12. Dezember 2005, insbesondere über die Bedeutung der Angaben unter der Rubrik „Betten Bestand“ [0/3] und deren Bedeutung für den Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Beigeladenen. Bereits hieraus folgt, dass Unklarheiten bestehen, sodass der Bescheid der Auslegung bedarf.

Bei der im öffentlichen Recht entsprechend anzuwendenden Auslegungsregel des § 133 BGB (i. V. m. § 157 BGB) ist der wirkliche Wille zu erforschen und nicht an dem buchstäblichen Sinn des Ausdrucks zu haften. Die Auslegung eines Verwaltungsaktes hat zum einen nach seinem objektiven Erklärungswert unter Berücksichtigung des Gesamtzusammenhangs der Erklärung und zum anderen danach zu erfolgen, wie ihn der Adressat nach Treu und Glauben verstehen darf (BVerwG, Beschluss vom 31. Januar 2008 - 7 B 48.07 -, juris, Rn. 6). Aus diesen Vorgaben für die Auslegung von Verwaltungsakten wird deutlich, dass es nicht darauf ankommt, wie die Beteiligten den Verwaltungsakt tatsächlich verstanden haben, sondern wie die Beigeladene als Adressatin ihn - am Maßstab einer objektivierten Betrachtung - verstehen durfte. Das schließt nicht aus, dass auch subjektive Elemente bei der Auslegung eine Rolle spielen; diese müssen jedoch auf äußere Umstände zurückzuführen und aus der objektivierten Perspektive eines verständigen Empfängers nachvollziehbar sein (OVG NRW, Beschluss vom 11. März 2011 - 13 A 1745/10 -, juris, Rn. 18). Der Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses, wie es die Beigeladene betreibt, ist nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (Urteil vom 20. Dezember 2007 - 3 C 53.06 -, juris, Rn. 30) in erster Linie aus den Festlegungen des Krankenhausplans zu ermitteln. Der Krankenhausplan bestimmt die medizinischen Bereiche, in denen das Krankenhaus tätig werden soll, und legt die Zahl der Betten fest, mit denen das Krankenhaus in den Plan aufgenommen wird. Denn der Feststellungsbescheid dient der Umsetzung des Krankenhausplans im konkreten Einzelfall. Darauf wird auch in dem Bescheid vom 12. Dezember 2005 ausdrücklich hingewiesen.

Nach Maßgabe dieser Grundsätze spricht gegen eine Auslegung im Sinne der Kläger, dass ein verständiger Empfänger in der Situation der Beigeladenen den Bescheid ohne das Hinzutreten weiterer, eindeutiger Umstände gerade nicht im Sinne der von den Klägern geltend gemachten Bedeutung einer Begrenzung des

Versorgungsauftrags durch den Zusatz [0/3] in der Spalte „Betten Bestand“ verstehen konnte. Dies gilt ungeachtet dessen, dass sich die Kläger zudem in Kenntnis der Verwaltungspraxis befinden, wie sie sich für den Senat nach dem Vorbringen des Beklagten unter Hinweis auf den das betreffenden Feststellungsbescheid dahingehend beispielhaft darstellt, dass auch bei ausgewiesenen Intensivabteilungen die Summe der für die Intensivüberwachung und -behandlung benannten Zahlen nicht den für die ausdrücklich für die Intensivabteilung zugewiesenen Planbetten entspricht. Die Beigeladene durfte davon ausgehen, dass nach dem Feststellungsbescheid vom 12. Dezember 2005 auf der Grundlage des Krankenhausplans 2003 von ihrem Krankenhaus im Rahmen des Versorgungsauftrags Intensivbehandlung durchgeführt werden durfte.

a) Dem Wortlaut des Bescheids vom 12. Dezember 2005 allein kann die von den Klägern angenommene Begrenzung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses der Beigeladenen auf drei Intensivüberwachungsbetten nicht entnommen werden.

Nach dem Wortlaut des Bescheids ist dem Krankenhaus der Beigeladenen das Fachgebiet Innere Medizin zugewiesen. Eine wörtliche Begrenzung auf Teilgebiete oder Teilbereiche sieht der Bescheid nicht vor. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den in den eckigen Klammern enthaltenen Zahlen „0/3“. Denn es fehlt im Bescheid selbst jede Zuordnung zu einem Teilbereich oder Teilgebiet des Fachgebiets Innere Medizin. Es ist aufgrund der Zahlenangaben nicht erkennbar, ob und welche Regelung getroffen werden sollte.

b) Aus der Zuordnung im Feststellungsbescheid des Beklagten vom 12. Dezember 2005 betreffend die Fachrichtung Innere Medizin in der Spalte „Betten Bestand (Datum)“ von „60 [0/3]“ ergibt sich aufgrund der für die Erstellung des Krankenhausplans 2003 maßgeblichen gesetzlichen Regelung keine Festlegung für das auf höchstens drei Behandlungsbetten zur Intensivüberwachung.

Nach § 6 Abs. 1 Satz 1 LKG wird zur Verwirklichung der in § 1 LKG genannten Ziele, nämlich eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen sowie sparsam und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern

sicherzustellen und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen, ein Landeskrankenhausplan erstellt. In den Landeskrankenhausplan waren nach § 6 Abs. 2 Satz 1 LKG in der hier maßgeblichen Fassung vom 28. November 1986 (GVBl. 1986, 342) - a.F. - die gegenwärtige und die zukünftige Aufgabenstellung der einzelnen Krankenhäuser, die Art und die Anzahl der Fachabteilungen und Versorgungsschwerpunkte sowie die Zahl der Krankenhausbetten (Planbetten) und ihre Aufteilung auf die einzelnen Fachabteilungen anzugeben. Nach der gesetzlichen Vorgabe waren damit im Krankenhausplan lediglich Fachabteilungen mit dem entsprechenden Umfang an den Krankenhausbetten zu bestimmen. Eine weitergehende Differenzierung bezogen auf eine Zuordnung einer bestimmten Anzahl von Betten auf Teilbereiche im Sinne einer Höchstzahl sieht das Gesetz nicht vor.

c) Auch auf der Grundlage des Krankenhausplans 2003 ergibt sich durch die Angabe „[0/3]“ im Feststellungsbescheid vom 12. Dezember 2005 keine Begrenzung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses der Beigeladenen auf drei Intensivüberwachungsbetten unter Ausschluss von Intensivbehandlungsbetten.

Aus dem Hinweis in dem Bescheid des Beklagten, dass der Landeskrankenhausplan 2003 umgesetzt werden soll, folgt ungeachtet der gesetzlichen Regelung auch nach seinem objektiven Erklärungswert, dass dessen Ausführungen heranzuziehen sind. Im Übrigen ist aus den Zahlenangaben „[0/3]“ im Feststellungsbescheid des Beklagten allein nicht ersichtlich, welches Ziel der Beklagte damit verfolgt hat und wie die Angaben zu verstehen sind.

(1) Im Krankenhausplan 2003 ist das Beige-
ladenen als Krankenhaus der Grundversorgung ausgewiesen. Vollstationär sind den Fachgebieten Innere Medizin und Psychiatrie insgesamt als Bestand und Ziel 120 Betten zugewiesen. Der Bettenbestand im Fachgebiet Innere Medizin wird am 30. September 2003 mit 60 angegeben und der Sollbestand zum 31. Dezember 2007 mit 55. Eine entsprechende Differenzierung nach Ist- und Sollbestand fehlt im Feststellungsbescheid vom 12. Dezember 2005. Dort wird lediglich für das Fachgebiet Innere Medizin eine Bettenzahl von 60 festgelegt. Hieraus ergibt sich, dass zwischen dem Plan und dem Bescheid keine vollständige Kongruenz besteht. Die Spalten „Betten Bestand am 30.09.2003“ und „Betten Soll 31.12.2007“

sind weiter aufgesplittet in die Rubriken „B“, was für Betten steht, „IB“ und „IÜ“, was entsprechend dem Abkürzungsverzeichnis in Teil I des Krankenhausplans (S. 10 des dem Senat vorliegenden Exemplars) fachgebundene Intensivbehandlungsbetten bzw. fachgebundene Intensivüberwachungsbetten bedeutet. Bezogen auf das _____ ist für den Ist- wie auch für den Sollbestand für die fachgebundene Intensivbehandlungsbetten kein Eintrag vorgenommen worden und in der Spalte „IÜ“ jeweils die Zahl „3“ eingetragen. Allein aus dem Eintrag ergibt sich nicht aus systematischen Gründen, dass das

_____ lediglich im Rahmen des Versorgungsauftrags im Umfang von drei Betten Intensivüberwachung durchführen darf, denn es handelt sich insoweit - wie bereits ausgeführt - nicht um eine nach § 6 Abs. 2 LKG a.F. vorgesehene Angabe. Vielmehr sind insoweit die in dem allgemeinen, nicht auf konkrete Krankenhäuser bezogenen Teil des Krankenhausplans 2003 niedergelegten Ausführungen zu berücksichtigen, aus dem sich ergibt, dass der Bescheid vom 12. Dezember 2005 keine Begrenzung des Versorgungsauftrags auf Intensivüberwachungsbetten enthält.

(2) Bei dem Krankenhausplan 2003 handelt es sich, worauf der Beklagte hinweist und was von den Klägern kritisiert wird, nach dem Willen der Landesregierung als Plangeber, die gemäß § 7 Abs. 3 LKG den Plan nach Aufstellung durch die zuständige Behörde beschließt, um eine wenig detaillierte Rahmenplanung mit geringer Planungsdichte, die den Krankenhäusern zur Erfüllung ihrer Aufgaben einen größeren Tätigkeitsspielraum einräumen soll. Es sollen lediglich die Grundanforderungen der gesetzlichen Regelungen umgesetzt werden. Dieses Vorbringen des Beklagten findet seine Stütze im Krankenhausplan 2003. Darin hat die Landesregierung als Plangeber ausgeführt, dass beim Versorgungsauftrag der Krankenhäuser die Gebiete, Schwerpunkte und Bereiche im Sinne des § 2 der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz benannt werden, in deren Rahmen die Krankenhäuser ihren Versorgungsauftrag erfüllen. Allerdings können sie darüber hinaus im Rahmen der ihnen zugewiesenen Gebiete, Schwerpunkte und Bereiche mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen Leistungen erbringen (Teil I Nr. 1.6.; S. 17 des dem Senat vorliegenden Exemplars). Damit greift der Krankenhausplan 2003 auf die Regelungen der Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz (WBO) in der am

2. August 2002 in Kraft getretenen Fassung - a.F. - zur Abgrenzung der Gebiets- und Schwerpunktkompetenzen für die Abgrenzung des Versorgungsauftrages der unterschiedlichen Fachabteilungen in fachlich-medizinischer Hinsicht zurück. Denn diese lag bei dem Erlass des Krankenhausplans 2003 vor, sodass sich der Plangeber daran bei der Erstellung orientiert hat.

(3) Dem Krankenhaus der Beigeladenen ist nach dem Bescheid vom 12. Dezember 2005 basierend auf den Krankenhausplan 2003 das Fachgebiet Innere Medizin mit 60 Planbetten sowie den Schwerpunkten Psychosomatik und Geriatrie zugewiesen worden, sodass im Planungszeitraum 2003 bis 2007 fachgebundene Intensivbehandlung und Intensivüberwachung vom Versorgungsauftrag umfasst gewesen ist. Denn Teil des Fachgebiets Innere Medizin ist in diesem Zeitraum auch die fachgebundene Intensivbehandlung und Intensivüberwachung gewesen, ohne dass es der Benennung bedurfte. Dies ergibt sich für den Senat aus der Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz a.F.. § 2 Abs. 1 WBO a.F. weist die einzelnen ärztlichen Gebiete und Schwerpunkte aus. Unter Nr. 15 der Vorschrift wird das Gebiet Innere Medizin benannt. Intensivmedizin ist weder in § 2 Abs.1 WBO a.F. als Gebiet oder als Schwerpunkt in einem Gebiet noch in § 2 Abs. 2 WBO a.F. als Bereich ausgewiesen. § 3 Abs. 1 WBO a.F. sieht vielmehr wie für andere Gebiete (z.B. Anästhesiologie, Chirurgie) auch für das der Inneren Medizin die fakultative Weiterbildung in der fachgebundenen Intensivmedizin vor. Bereits hieraus ergibt sich, dass der Plangeber davon ausgegangen ist, dass Teil der Inneren Medizin auch die fachgebundene also internistische Intensivmedizin ist. Hierfür sprechen auch die Regelungen zum Gebiet Innere Medizin im Abschnitt I Nr. 15 WBO a.F..

Nach der dort vorgenommenen Definition umfasst die Innere Medizin u.a. die Prophylaxe, Erkennung, konservative, internistisch-interventionelle und intensivmedizinische Behandlung sowie Rehabilitation der Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe und des Lymphsystems, des Stoffwechsels und der Inneren Sekretion, der internen allergischen und immunologischen Erkrankungen, der internen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der Infektionskrankheiten, der Vergiftungen. Nach der da-

maligen Definition ist - im Unterschied zur geltenden Regelung im Abschnitt B Nr. 13 WBO - ausdrücklich die fachgebundene intensivmedizinische Behandlung Teil der Inneren Medizin. Eine Differenzierung nach Intensivüberwachung und Intensivbehandlung sieht die Definition nicht vor. Für die Erlangung aller im Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin enthaltenen Facharzt- und Schwerpunkt-kompetenzen sind unter Nr. 15 im Abschnitt I WBO a.F. gemeinsame Inhalte für die Weiterbildung vorgegeben. Danach gehörten in der Inneren Medizin ausdrücklich zum Inhalt und Ziel der Weiterbildung die Vermittlung und der Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten der nichtspeziellen Intensivmedizin des Gebietes einschließlich der Elektrotherapie. Hieraus ist zu entnehmen, dass alle Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen im Gebiet Innere Medizin die fachgebundene intensivmedizinische Behandlung umfassten. Eine Differenzierung nach Intensivüberwachung und Intensivbehandlung sehen weder die Definition noch die Inhalte und Ziele der Weiterbildung vor. Etwas anderes ergibt sich für die dem Krankenhausplan 2003 zugrundeliegende Auffassung auch nicht daraus, dass in Abschnitt I Nr. 15.B.2 WBO a.F. eine Weiterbildung in der Speziellen Internistischen Intensivmedizin mit Inhalten versehen wird. Denn nach der Definition umfasst auch die spezielle Internistische Intensivmedizin die Intensivüberwachung und Intensivbehandlung.

(4) Die fehlende Begrenzung des Versorgungsauftrags und des Leistungsspektrums des Krankenhauses der Beigeladenen und die Annahme, dass durch die Zuordnung der Zahl drei zu dem Kürzel für Intensivüberwachungsbetten allenfalls eine Mindestanzahl gewährleistet sein sollte, folgt auch daraus, dass im Teil I Nr. 2 des Krankenhausplans 2003, die überschrieben ist mit: „Der Plan und seine Umsetzung“, ausdrücklich ausgeführt wird, dass im Feststellungsbescheid (Planbettenbescheid) die Zahl der Krankenhausbetten (Planbetten) und ihre Aufteilung auf die einzelnen Fachrichtungen angegeben wird (Teil I Nr. 2.3.; S. 35 des dem Senat vorliegenden Exemplars). Eine verbindliche Aufteilung von Betten auf Schwerpunkte oder sonstige Bereiche ist nicht vorgesehen. Grundsätzlich sollen Gebiete, Schwerpunkte und Bereiche angegeben werden, die das Krankenhaus vorhält, wobei ein Hinweis auf eine zahlenmäßige Begrenzung fehlt. Der Krankenhausplan 2003 enthält vielmehr die Verpflichtung des einzelnen Krankenhauses, im Rahmen seiner der Versorgungsstufe entsprechenden Ressourcen die be-

darfsgerechte Versorgung im zugewiesenen Fachgebiet sicherzustellen. Darüber hinaus ist nach dem Krankenhausplan 2003 im Rahmen des zugewiesenen Gebietes grundsätzlich die Erbringung jeder Leistung zulässig, die mit den Ressourcen des Krankenhauses dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend erbracht werden kann (Teil I Nr. 2.3.; S. 36 des dem Senat vorliegenden Exemplars).

(5) Für eine fehlende Begrenzung des Krankenhauses der Beigeladenen auf fachgebundene Intensivüberwachung spricht auch, dass der Feststellungsbescheid vom 12. Dezember 2005 mit dem Inhalt erlassen werden sollte, dass lediglich eine Vorhalteverpflichtung von drei fachgebundenen Intensivüberwachungsbetten ohne Begrenzung festgestellt werden sollte. Ministerialrat

Vertreter des Beklagten im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat, fertigte den Bescheid. Er hat - wie der Beklagte bereits zuvor schriftsätzlich - im Termin zur mündlichen Verhandlung nochmals dargelegt, dass der Bescheid entsprechend der Krankenhausplanung des Landes Rheinland-Pfalz 2003 keine Einzelentscheidung über den Umfang des Versorgungsauftrags für die Intensivkapazitäten des Krankenhauses der Beigeladenen treffe. Es werde eine Gesamtbettenzahl für das Fachgebiet und in der Klammer mit Zahlen eine Mindestzahl und Qualität für die Vorhaltung von Intensivkapazitäten festgelegt. Die im Krankenhausplan 2003 und dem Feststellungsbescheid ausgewiesenen Zahlen seien eine Mindestbegrenzung aufgrund des zur Versorgung der Region als notwendig errechneten Bedarfs und stellten kein Ausschlusskriterium dar.

(6) Entgegen den Ausführungen des Verwaltungsgerichts im Gerichtsbescheid ist kein Zusammenhang zwischen den Zahlenangaben im Krankenhausplan 2003 zu den fachgebunden Intensivbehandlungs- und -überwachungsbetten und der Kostenfrage für die verschiedenen intensivmedizinischen Maßnahmen gegeben. Zwar sollen die Zielvorgaben des Krankenhausplans im Interesse der Patientinnen und Patienten und der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser als Leistungserbringer einen Beitrag dazu leisten, den Krankenhäusern zu ermöglichen, ihre Leistungen unter den Bedingungen eines voll pauschalierten Entgeltsystems kostendeckend zu erbringen und ihren Versorgungsauftrag insgesamt zu erfüllen (Teil I Nr. 1.6.; S. 16 des dem Senat vorliegenden Exemplars). Der Plan aber ent-

hält keinen Hinweis, dass der Plangeber aus Gründen der Kostendämpfung in Teilbereichen medizinischer Gebiete selbst begrenzend eingreifen will. Vielmehr geht er von einer Eigenverantwortung des Leistungserbringers aus, wenn er ausführt, dass insbesondere mit der Umstellung auf ein voll pauschalierendes Entgeltsystem im Interesse der Qualitätssicherung und aus wirtschaftlichen Gründen für Krankenhäuser der Verzicht auf bestimmte Angebote erforderlich werden kann (Teil I Nr. 1.5.; S. 15 des dem Senat vorliegenden Exemplars).

Auch steht die im Plan ausdrücklich vorgesehene Möglichkeit der Erbringung zusätzlicher Leistungen nicht unter dem Vorbehalt des Plangebers, dass dadurch keine zusätzlichen Kosten entstehen dürfen. Dies wird auch deutlich in den Ausführungen des Plangebers zu den Stellungnahmen der Kostenträgerverbände. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Landesregierung die Handlungsspielräume der Krankenhäuser nicht verengen möchte, um ihnen Möglichkeiten zu belassen, im Rahmen des Versorgungsauftrags auf bestimmte Zwänge zu reagieren (Teil I Nr. 9; S. 156 des dem Senat vorliegenden Exemplars).

(7) Entgegen der Auffassung der Kläger ist der Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Beigeladenen nicht dadurch auf Intensivüberwachung begrenzt, dass es nach dem Krankenhausplan 2003 und dem Feststellungsbescheid ein Haus der Grundversorgung ist. Zwar geht die Landesregierung davon aus, dass insbesondere in kleineren und mittleren Krankenhäusern fachgebundene Intensivbetten durch zentrale Einheiten ersetzt werden könnten (Teil I Nr. 8.21.1.; S.153 des dem Senat vorliegenden Exemplars) und es teilweise zu einer Verlagerung fachgebundener Intensivstationen in zentrale Einheiten kommen kann (Teil I Nr. 8.21.2.; S.154 des dem Senat vorliegenden Exemplars). Eine Vorgabe, dass Krankenhäuser der Grundversorgung lediglich über Intensivüberwachung verfügen sollten, fehlt jedoch. Eine entsprechende Vorgabe, die noch im rheinland-pfälzischen Krankenhausplan 1997 enthalten war (vgl. hierzu Anlage zum Staatsanzeiger Nr. 47 vom 22. Dezember 1997 Nr. 6.6.16.1) ist in den für 2003 nicht aufgenommen worden, sodass der Schluss gerechtfertigt ist, dass der Plangeber hieran nicht festhalten wollte.

Das Vorbringen der Kläger, im Krankenhausplan 2003 werde im Abschnitt Intensivmedizin ausgeführt, grundsätzlich hielten Krankenhäuser der Maximal-, der

Schwerpunkt- und Regelversorgung Abteilungen für Intensivmedizin und Anästhesiologie vor (Teil I Nr. 8.21.3, S. 154), lässt auch unter Berücksichtigung der Tatsache, dass die Landesregierung im Krankenhausplan 2003 die Zentralisierung der Intensivmedizin in interdisziplinären Intensiveinheiten weiterhin fördern wollte, nicht den Schluss zu, dass fachgebundene Intensivbehandlung in Häusern der Grundversorgung ausgeschlossen sein soll. Denn der Abschnitt bezieht sich auf eigenständige Abteilungen für Intensivmedizin. Um eine solche geht es im Krankenhaus der Beigeladenen nicht. Darüber hinaus verweist der Krankenhausplan 2003 darauf, dass im Bereich der Intensivmedizin und Anästhesiologie Unterversorgung unbedingt zu vermeiden sei, da anders als in manchen Fachrichtungen die Leistungen in der Regel nicht planbar seien. Auch dies spricht gegen den Willen des Plangebers, Häuser der Grundversorgung von fachgebundener Intensivbehandlung generell ausschließen zu wollen.

d) Ungeachtet dessen, dass die fachgebundene Intensivbehandlung Teil des dem Krankenhaus der Beigeladenen im Feststellungsbescheid und Krankenhausplan 2003 zugewiesenen Fachgebiets Innere Medizin ist und damit von seinem Versorgungsauftrag umfasst ist, können die Kläger nicht gegen den Versorgungsauftrag mit Erfolg einwenden, es habe im Jahr 2007 im

nur eine unzureichende personelle und apparative Ausstattung bestanden. Allein der Hinweis der Kläger auf das fehlende Vorliegen von Abrechnungsvoraussetzungen bezogen auf die personelle Ausstattung ist hierfür nicht ausreichend.

Die Schiedsstelle musste im Einzelnen nicht ermitteln, ob die vom Krankenhaus der Beigeladenen mit seiner Ressource durchgeführte Intensivbehandlung dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend hätte erbracht werden können. Dies gilt ungeachtet der Frage, dass die Schiedsstelle vorliegend es offen gelassen hat, ob die Intensivbehandlung im Krankenhaus der Beigeladenen von dessen Versorgungsauftrag umfasst gewesen ist und die Berücksichtigungsfähigkeit im Erlösbudget 2007 von Intensivbehandlungen im Rahmen von Notfällen bejaht wurde.

Bei ihrer Entscheidung ging die Schiedsstelle davon aus, dass das Krankenhaus den für die Behandlung von Intensivpatienten - auch bei Beatmungspflicht - not-

wendigen Voraussetzungen sowohl in personeller als auch in sachlicher Hinsicht in ausreichendem Maße Rechnung tragen kann. Es lässt sich auch nicht beanstanden, dass die Schiedsstelle ihre Feststellungen im Wesentlichen auf der Grundlage des tatsächlichen Vortrags der Beigeladenen getroffen und von weiteren eigenen Ermittlungen abgesehen hat. Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts unterliegt die Schiedsstelle nach § 18a KHG nicht dem Amtsermittlungsgrundsatz. Ihr Verfahren ist vielmehr durch den Beibringungsgrundsatz geprägt (Urteil vom 8. September 2005 - 3 C 41.04 -, juris, Rn. 18 ff.). Die Schiedsstelle darf und muss sich schon aus Zeitgründen darauf beschränken, dasjenige zu würdigen, was ihr die Beteiligten unterbreiten. Der Schiedsstelle ist damit nicht verwehrt, ihre Entscheidung auf das Vorbringen des Krankenhauses zu stützen, wenn die Kostenträger hiergegen keine substantiierten Einwendungen erheben (Urteil vom 8. September 2005 - 3 C 41.04 -, juris, Rn. 19). Ihre Entscheidung leidet allenfalls dann an Rechtsfehlern, wenn sie an die Substantiierungspflicht der Kostenträger überzogene Anforderungen stellt (vgl. Urteil vom 8. September 2005 - 3 C 41.04 -, juris, Rn. 25). Die Schiedsstelle hielt den Vortrag der Kläger offensichtlich für unsubstantiiert. Die Kläger verwiesen im Verfahren vor der Schiedsstelle darauf, dass die Abrechnungsvoraussetzungen für eine intensivmedizinische Komplexbehandlung hinsichtlich der strukturellen Voraussetzungen nicht vorgelegen hätten. Sie zogen daraus den Schluss, dass in einem solchen Fall bei einer unzureichenden personellen Ausstattung Qualitätsmängel bestünden, sodass es für Patienten zu nicht vertretbaren Risiken für Leib und Leben kommen könne. Im Termin vor der Schiedsstelle führte ein Vertreter der Beigeladenen von den Klägern unwidersprochen aus, dass der MDK im Rahmen von Einzelfallprüfungen alle Voraussetzungen der intensivmedizinischen Komplexbehandlung bejaht habe. Er habe sich bei seiner Ablehnung auf das Ergebnis einer Strukturprüfung gestützt, in der das Vorliegen der Voraussetzungen des OPS-Kodes 8-980 im verneint werde. Nachdem die Kläger sich bereits zu Beginn des Schiedsstellenverfahrens darauf berufen hatten, dass das Krankenhaus nicht über eine ausreichende personelle Ausstattung zur Intensivbehandlung entsprechend den medizinischen Erkenntnissen verfüge, hätte es ihnen obliegen, der Schiedsstelle spätestens in der Sitzung am 6. September 2010 entsprechende Stellungnahmen des MDK vorzulegen. Auch wenn vorliegend keine Leistungen nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Kran-

kenversicherung - (SGB V) im Streit stehen, steht den Krankenkassen und ihren Verbänden die Möglichkeit offen, sich insbesondere bei der Frage, welche medizinischen Standards für eine Behandlung erfüllt sein müssen, um dem Erkenntnisstand für Intensivbehandlungen in der Medizin zu genügen, im Einzelfall der Sachkunde des MDK zu bedienen.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aufgrund der Behauptung der Kläger, da die Voraussetzungen des OPS-Kodes 8-980 vom Krankenhaus nicht erfüllt seien, folge ohne weiteren Zwischenschritt, dass mit der personellen Ausstattung des
nicht dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechend Intensivbehandlung habe erbracht werden können.

Der OPS-Kode dient als amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemein medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich als wichtige Grundlage für das pauschalierende Entgeltsystem DRG der Ermittlung der Vergütung von Krankenhausleistungen. Er ist damit eine Abrechnungsregelung und nach seiner Funktion keine gutachterliche Äußerung zum Erkenntnisstand in der Medizin sowie zu den tatsächlichen Ressourcen eines Krankenhauses.

§ 17b Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 KHG bestimmt, dass für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen ist, was gemäß § 17b Abs. 6 Satz 1 KHG für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 1. Januar 2004 umgesetzt wurde. Danach bemisst sich die Vergütung nach Fallpauschalen des nach DRG geordneten und auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalenkatalogs (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG i.V.m. § 17b KHG). Dabei erfolgt die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer der DRG-Fallpauschalen in zwei Schritten: Zunächst wird in einem ersten Schritt die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Code gemäß dem vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V" (OPS-301) verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 S 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die

Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. Sodann werden in einem zweiten Schritt anhand dieser Codes sowie zusätzlicher fallbezogener Variablen (wie Alter des Patienten, Verweildauer, Zahl der Stunden maschineller Beatmung usw.) mithilfe eines zertifizierten Software-Programms (Groupers) die DRG-Fallpauschale sowie die dafür zu zahlende Vergütung errechnet (BSG, Urteil vom 18. September 2008 - B 3 KR 15/07 R -, juris, Rn. 16).

Grundlage der OPS ist eine Standardisierung von bestimmten medizinischen Behandlungsverfahren mit der Zielrichtung, Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen zu schaffen. Entstehen aber - wie vorliegend - Wertungswidersprüche und Unklarheiten über die Auslegung des Wortlauts eines OPS-Kodes, ist es für die Schiedsstelle aufgrund der Komplexität der Vorgänge nicht allein durch Heranziehung des OPS möglich, den Stand der medizinischen Versorgung durch das Krankenhaus festzustellen. Da es sich bei dem OPS um Vergütungsregelungen handelt, oblag es der Schiedsstelle nicht, zur Feststellung, ob das Krankenhaus mit seinen Ressourcen Beatmungsfälle entsprechend dem medizinischem Erkenntnisstand 2007 behandeln konnte, die OPS-Kodes als gutachterliche Äußerung heranzuziehen. Hierfür spricht auch, dass die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) in ihrem Beschluss vom 19. November 2003, auf dem der Antrag zur Änderung des OPS-Kodes 8-980 basiert, zwar als Mindestvoraussetzung einer qualitativen Intensivmedizin eine kontinuierliche Betreuung durch der Intensivstation fest zugeteilte Ärzte forderte. Es wird jedoch für den Fall, dass die Personalvorgaben des Beschlusses nicht eingehalten werden, lediglich auf die Reduzierung einer Zusatzvergütung verwiesen.

II) Gegen die Berücksichtigung der effektiven Bewertungsrelationen von insgesamt 74,967 durch die Schiedsstelle kann - entgegen der Auffassung der Kläger - nicht eingewandt werden, die Abrechnungsvoraussetzungen hätten hierfür nicht vorgelegen. Denn darauf, ob die Anforderungen an die Abrechenbarkeit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Sinne des OPS-Kodes 8-980 erfüllt waren, kann nicht abgestellt werden, weil der Streit darüber im Zeitpunkt der Entscheidung durch die Schiedsstelle im sozialgerichtlichen Verfahren nicht geklärt war und jedenfalls kein evidenter Abrechnungsmangel vorlag.

Der Senat hat durch Urteil vom 25. Februar 2010 - 7 A 10976/09.OVG - (veröffentlicht in ESOVGRP) zur Abgrenzung der Budgetfestsetzung nach § 4 Abs. 4 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG von dem Gegenstand von Abrechnungsstreitigkeiten vor den Sozialgerichten (§ 275 Abs. 1c SGB V) entschieden, dass es bei einem Streit um Abrechnungsvoraussetzungen bei der Prognose künftiger Leistungen des Krankenhauses im Rahmen der Ausübung des Einschätzungsermessens durch die Schiedsstelle sachgerecht sein kann, allein auf den Versorgungsauftrag des Krankenhauses abzustellen. Dieser Grundsatz findet auch im hier zu entscheidenden Fall Anwendung.

Es kann vorliegend offen bleiben, ob bei Verhandlungen, die abgelaufene Zeiträume betreffen, in der Rückschau die Frage mit einzubeziehen ist, ob die Abrechnungsvoraussetzungen vorlagen und dies bei evidenten Mängeln hinsichtlich der Abrechenbarkeit anzunehmen ist. Vorliegend stand zum Zeitpunkt der Entscheidung der Schiedsstelle entgegen dem Vorbringen der Kläger nicht fest, dass die Abrechnungsvoraussetzungen nicht gegeben waren. Ausweislich der Niederschrift über die Sitzung der Schiedsstelle wurde diese Frage von den Vertragsparteien auch in der Sitzung am 6. September 2010 mit gegenläufigen Argumenten erörtert. Zwar mag mit Blick auf die einzelnen Abrechnungen durchaus einiges dafür gesprochen haben, dass nicht sämtliche Voraussetzungen des OPS-Kodes 8-980 für die Abrechenbarkeit einer "intensivmedizinischen Komplexbehandlung" vorgelegen hatten. Dafür könnten das zum Zeitpunkt der Verhandlungen und der Schiedsstellenentscheidung bereits erstellte Gutachten des MDK vom 26. Juli 2007 („Intensivmedizinische Komplexbehandlung“,

), das der Schiedsstelle jedoch nicht vorgelegt wurde, und Unterlagen der DIVI sprechen. In dem Antrag der DIVI vom 19. November 2003 auf Schaffung eines OPS-Kodes für die „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“ und in dem diesem Antrag zugrundeliegenden Beschluss wird auf die Notwendigkeit einer 24-stündigen ärztlichen und pflegerischen Betreuung bei einer sachgerechten und hochwertigen Intensivmedizin und daraus resultierende Folgekosten hingewiesen. Der Beschluss der DIVI geht von einer Zuteilung des Arztes zur Intensivstation und dessen Präsenz vor Ort aus. Wegen der strukturellen Bedingungen des Abrechnungsverfahrens und wegen der Art des geltend gemachten Mangels (der fehlenden ständigen ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation)

war allerdings gleichwohl angesichts der unterschiedlichen Standpunkte der Vertragsparteien und der nur eingeschränkten Ermittlungsmöglichkeiten der Schiedsstelle kaum zu überblicken, ob insoweit ein alle Abrechnungsfälle übergreifender "struktureller" Mangel vorlag. Zum Zeitpunkt der Entscheidung der Schiedsstelle war auch noch keine sozialgerichtliche Entscheidung über Abrechnungsfälle das Jahr 2007 betreffend ergangen. Erst im Genehmigungsverfahren wurde ein Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 29. September 2011 vorgelegt, durch das die Klage der Beigeladenen auf Vergütung eines Intensivbehandlungsfalls aus dem Jahr 2007 abgewiesen worden war, weil aufgrund eines strukturellen Mangels auf der Intensivstation keine ständige ärztliche Anwesenheit gewährleistet gewesen sei. Dass dieser Abrechnungsmangel nicht als evident angesehen werden kann, ergibt sich im Übrigen daraus, dass letztinstanzlich erst nach Zulassung der Revision gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 19. Januar 2012 - L5 KR 97/11 - das Bundessozialgericht durch Urteil vom 18. Juli 2013 - B 3 KR 25/12 R - für einen Behandlungsfall im Krankenhaus der Beigeladenen entschieden hat, die Abrechnungsvoraussetzungen für eine intensivmedizinische Komplexbehandlung hätten im Jahre 2008 nicht vorgelegen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 154 Abs. 1 VwGO. Den Klägern sind auch die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen aufzuerlegen, da diese im Klage- und Berufungsverfahren eigene Sachanträge gestellt und damit ein Kostenrisiko auf sich genommen hat (vgl. §§ 162 Abs. 3, 154 Abs. 3 VwGO).

Die Vollstreckbarkeit der Kostenentscheidung folgt aus § 167 VwGO i. V. m. § 708 Nr. 10 ZPO.

Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe der in § 132 Abs. 2 VwGO genannten Art nicht vorliegen.

Rechtsmittelbelehrung

Die Nichtzulassung der Revision kann durch **Beschwerde** zum Bundesverwaltungsgericht angefochten werden.

Die Beschwerde ist **innerhalb eines Monats** nach Zustellung dieses Urteils bei dem **Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz**, Deinhardpassage 1, 56068 Koblenz, schriftlich oder in elektronischer Form einzulegen. Sie muss das angefochtene Urteil bezeichnen.

Die Beschwerde ist **innerhalb von zwei Monaten** nach Zustellung des Urteils zu **begründen**. Die Begründung ist ebenfalls bei dem **Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz** schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen. In der Begründung muss die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt oder die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts, des Gemeinsamen Senates der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts, von der das Urteil abweicht, oder ein Verfahrensmangel, auf dem das Urteil beruhen kann, bezeichnet werden.

Die elektronische Form wird durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Landesverordnung über den elektronischen Rechtsverkehr mit den öffentlich-rechtlichen Fachgerichtsbarkeiten vom 9. Januar 2008 (GVBl. S. 33) zu übermitteln ist.

Die Einlegung und die Begründung der Beschwerde müssen durch einen Rechtsanwalt oder eine sonstige nach Maßgabe des § 67 VwGO vertretungsbefugte Person oder Organisation erfolgen.

gez. Wünsch

gez. Lauer

gez. Dr. Stahnecker

B e s c h l u s s

Der Wert des Streitgegenstandes wird für das Berufungsverfahren auf 69.399,00 € festgesetzt (§ 52 Abs. 3 GKG).

gez. Wünsch

gez. Lauer

gez. Dr. Stahnecker