

Rechtsquellen:

KHEntgG § 3 Abs. 3 Satz 5

BPfIV 2004 § 6 Abs. 2

Stichworte:

Krankenhausfinanzierung; Pflegesatz; Gesamtbetrag der Erlöse; Obergrenze der Erlöse; Budget; medizinisch leistungsgerechtes Budget; Steigerungsrate; Grundlohnrate; BAT-Berichtigung; Versorgungsauftrag; Schiedsstelle; Beibringungsgrundsatz.

Leitsatz:

Die Berichtigung des Budgets ist im Sinne von § 6 Abs. 2 BPfIV 2004 (§ 6 Abs. 3 BPfIV 2000) zur Erfüllung des Versorgungsvertrages erforderlich, wenn und soweit der Gesamtbetrag der Erlöse ohne die Berichtigung hinter dem medizinisch leistungsgerechten Budget zurückbliebe.

Urteil des 3. Senats vom 10. Juli 2008 BVerwG 3 C 7.07

I. VG Mainz vom 26.06.2006 Az.: VG 6 K 506/05.MZ

II. OVG Koblenz vom 08.03.2007 Az.: OVG 7 A 11532/06

BUNDESVERWALTUNGSGERICHT

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

BVerwG 3 C 7.07

OVG 7 A 11532/06

Verkündet

am 10. Juli 2008

Mitschke

als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

IN DER VERWALTUNGSSTREITSACHE

hat der 3. Senat des Bundesverwaltungsgerichts

auf die mündliche Verhandlung vom 10. Juli 2008
durch den Vorsitzenden Richter am Bundesverwaltungsgericht
Kley
und die Richter am Bundesverwaltungsgericht Dr. Dette,
Liebler,
Prof. Dr. Rennert und Buchheister
für Recht erkannt:

Die Revisionen der Kläger gegen das Urteil des Oberverwaltungsgerichts Rheinland-Pfalz vom 8. März 2007 werden zurückgewiesen.

Die Kläger tragen die Kosten des Revisionsverfahrens einschließlich der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu je einem Drittel.

Gründe:

I

1 Die Beteiligten streiten um eine Berichtigung des Budgets für das Krankenhaus der Beigeladenen im Vereinbarungszeitraum 2004.

2 Im November 2003 forderte der beigeladene Krankenhausträger die klagenden Kostenträger zur Durchführung der Entgeltverhandlung für das Jahr 2004 auf. In der Folgezeit einigten sie sich auf eine vorläufige Budgetvereinbarung in Höhe der Obergrenze (sog. Deckelungsgrenze nach § 6 BPfIV). Streitig war lediglich geblieben, ob das Budget 2003 nach § 6 Abs. 2 BPfIV 2004 zu berichtigen und das Budget 2004 entsprechend zu erhöhen sei. Nach § 6 Abs. 1 BPfIV ergibt sich die Obergrenze des Budgets im Grundsatz aus einer Fortschreibung des Budgets für das Vorjahr nach Maßgabe der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen je Mitglied (sog. Grundlohnrate). Übersteigen die durchschnittlichen Auswirkungen der Tarifabschlüsse nach BAT (sog. BAT-Steigerungsrate) die Grundlohnrate, so wird das Budget gemäß § 6 Abs. 2 BPfIV um ein Drittel des Unterschieds zwischen beiden Raten berichtigt, soweit dies erforderlich ist, um den Versorgungsvertrag des Krankenhauses zu erfüllen. Die Grundlohnrate, die der Vereinbarung des Gesamtbetrags für 2003 zugrunde lag, war im Voraus auf 0,81 % geschätzt worden, die tatsächliche BAT-Steigerungsrate 2003 überstieg diese Rate um 0,56 %. Die Beigeladene verlangte eine Berichtigung ihres Budgets für 2003 um ein Drittel dieses Unterschiedes, also um 83 516 €, sowie eine entsprechende Erhöhung des Budgets für 2004; da ihr Defizit in 2003 deutlich größer gewesen sei, trage diese Berichtigung dazu bei, dass sie ihren Versorgungsauftrag erfüllen könne. Die Kläger traten dem mit der Begründung entgegen, mit dem Hinweis auf Defizite allein sei noch nicht dargetan, dass ohne die Berichtigung der Versorgungsauftrag des Krankenhauses gefährdet sei.

3 Mit Beschluss vom 29. November 2004 lehnte die Schiedsstelle den Berichtigungsantrag der Beigeladenen ab. Der Beklagte versagte dem Schiedsspruch jedoch mit Bescheid vom 30. Mai 2005 die Genehmigung. Daraufhin rief die Beigeladene die Schiedsstelle erneut an, die mit weiterem Beschluss vom 19. September 2005 dem Berichtigungsbegehren nunmehr entsprach und den Gesamtbetrag und das Erlösbudget für 2004 jeweils um 167 216 € höher festsetzte als zuvor, mit entsprechenden Folgerungen für den krankenhaisindividuellen Basisfallwert. Dieser Schiedsspruch wurde vom Beklagten mit Bescheid vom 14. November 2005 genehmigt.

4 Die Kläger haben sowohl gegen den Bescheid vom 30. Mai 2005 als auch gegen den Bescheid vom 14. November 2005 jeweils Anfechtungsklagen erhoben. Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Verwaltungsgericht haben sie lediglich die Aufhebung des Bescheides vom 14. November 2005 beantragt.

5 Mit Urteil vom 26. Juni 2006 hat das Verwaltungsgericht Mainz die Klagen abgewiesen. Zur Begründung hat es im

Wesentlichen ausgeführt: Zwischen den Beteiligten sei unstreitig, dass die BAT-Abschlüsse für 2003 um 0,56 % über der Grundlohnrate gelegen hätten und dass eine Fortschreibung des Budgets für 2002 nicht nur um die Grundlohnrate, sondern zusätzlich um ein Drittel des Unterschieds zur BAT-Steigerungsrate zu einem um 83 516 € höheren Budget für 2003 geführt hätte. Die Beigeladene unterliege auch dem BAT und habe keine Vereinbarung unterhalb der Veränderungsrate abgeschlossen. Damit sei hinlänglich dargelegt, dass eine Berichtigung des Budgets für 2003 erforderlich sei, um ihren Versorgungsvertrag zu erfüllen. Hierfür komme es nur auf den pflegesatzrelevanten Bereich nach Maßgabe des mit den Krankenkassen bestehenden Versorgungsvertrages an, nicht hingegen etwa auf die Versorgung von Selbstzahlern. Im Übrigen sei die Berichtigungsmöglichkeit ursprünglich sämtlichen Krankenhäusern zugutegekommen, auch denjenigen, die gar nicht dem BAT unterlägen, sowie denjenigen, die ein Budget unterhalb der Obergrenze vereinbart hätten. In diesen Fällen sei die Berichtigung nicht erforderlich, damit das Krankenhaus seinen Versorgungsvertrag erfüllen könne. Nur dies habe der Verordnungsgeber mit der hier umstrittenen Klausel korrigieren wollen. Hingegen habe er die BAT-Berichtigung nicht auf einen bloßen Notbehelf reduzieren wollen, wenn andernfalls der Versorgungsauftrag gefährdet wäre. Hierzu seien die Berichtigungsbeträge regelmäßig viel zu gering. Auch habe er die Berichtigung nicht von einer genauen Ermittlung des medizinisch leistungsgerechten Budgets abhängig machen wollen; damit würden die Budgetverhandlungen übermäßig belastet.

- 6 Mit ihren Berufungen haben die Kläger beantragt, die Bescheide des Beklagten vom 30. Mai 2005 und vom 14. November 2005 aufzuheben.
- 7 Mit Urteil vom 8. März 2007 hat das Oberverwaltungsgericht Rheinland-Pfalz die Berufungen der Kläger zurückgewiesen. Gegenstand des Rechtsstreits sei allerdings auch der frühere Bescheid, mit dem der Beklagte dem ersten Schiedsspruch die Genehmigung versagt habe. Solange dieser Bescheid nicht aufgehoben sei, führe er eine rechtliche Bindung der Schiedsstelle herbei. Der spätere Genehmigungsbescheid erscheine lediglich als Folgeakt. Denkbar sei, dass dieser Folgeakt an einem selbständigen Fehler leide und daher aufgehoben werden müsse, auch wenn die ursprüngliche Genehmigungsversagung als solche rechtmäßig gewesen sei; dem lasse sich nur auf dem hier eingeschlagenen prozessualen Wege Rechnung tragen. Die mithin gegen beide Bescheide zulässige Klage sei jedoch unbegründet. Richtig sei zwar, dass der Verordnungsgeber mit der Beifügung der Erforderlichkeitsklausel eine Einschränkung der BAT-Berichtigung angestrebt habe. Diese liege aber zum einen darin, dass an die Stelle der vorherigen pauschalierenden nunmehr eine krankenhausesindividuelle Betrachtung getreten sei. Insoweit komme es zum zweiten allein auf den pflegesatzrelevanten Bereich an, nicht hingegen auf Wahlleistungen, auf Leistungen für nicht gesetzlich Versicherte oder auf vor- und nachstationäre Leistungen. Schließlich sei die Berichtigung nicht erforderlich, soweit das medizinisch leistungsgerechte Budget des Krankenhauses die Obergrenze nicht erreiche, durch die „Deckelung“ also nicht beschnitten werde. Die Berichtigung sei aber zur Erfüllung des Versorgungsauftrags erforderlich, soweit die Kosten des Krankenhauses im pflegesatzrelevanten Bereich die Budgetobergrenze überschritten. Dies habe die Schiedsstelle ihrem zweiten Beschluss zugrunde gelegt, ohne dass sich dies beanstanden lasse. Sie habe zutreffend nicht die einseitige Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (LKA) der Beigeladenen genügen lassen, sondern der Sache nach auf den Vergleich mit einem wirtschaftlich arbeitenden Krankenhaus abgestellt. Hierzu sei sie von der Obergrenze für 2002 ausgegangen und habe damit unterstellt, dass diese seinerzeit dem medizinisch leistungsgerechten Budget entsprochen habe. Gegen diese vereinfachende Prämisse hätten die Kläger substantiiert nichts erinnert, obwohl ihnen

dies nach dem das Schiedsverfahren beherrschenden Beibringungsgrundsatz obliegen hätte. Sodann habe die Schiedsstelle die tatsächliche Personalkostensteigerung 2003 im Krankenhaus der Beigeladenen, bezogen auf den pflegesatzfähigen Bereich, anhand eines Testats des Wirtschaftsprüfers ermittelt und dem die Grundlohnrate gegenübergestellt. Auch hiergegen hätten die Kläger keine substantiierten Einwendungen erhoben. Schließlich habe die Schiedsstelle festgehalten, dass die Kläger nicht behauptet hätten, dass die Beigeladene noch unverbrauchte Finanzierungsreserven aus 2002 gehabt habe. Auf dieser Grundlage habe sie einwandfrei festgestellt, dass im Krankenhaus der Beigeladenen infolge von Personalkostensteigerungen ein durch die Veränderungsrate von nur 0,81 % nicht gedeckter Überhang vorhanden gewesen sei, der größer gewesen sei als der geforderte BAT-Ausgleich.

8 Zur Begründung ihrer vom Berufungsgericht zugelassenen Revisionen machen die Kläger geltend: Seit der Anfügung der einschränkenden Erforderlichkeitsklausel komme die BAT-Berichtigung nur noch in Ausnahmefällen in Betracht. Davon sei der Gesetzgeber bei Erlass des Fallpauschalengesetzes selbst ausgegangen. Es entspreche auch allein Sinn und Zweck der Vorschrift, mit der die Eigenverantwortlichkeit des Krankenhauses noch stärker habe betont werden sollen als zuvor. Ohnehin müsse das Krankenhaus zwei Drittel des Differenzbetrages zwischen der Grundlohnrate und der BAT-Steigerungsrate selbst tragen. Diese Kostenverantwortung der Krankenhäuser sei mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 noch erweitert worden. Der BAT-Ausgleich solle nun nicht mehr nach dem Gießkannenprinzip, sondern nur noch gezielt denjenigen Krankenhäusern gewährt werden, die andernfalls ihren Versorgungsauftrag nicht mehr erfüllen könnten, also Kapazitäten abbauen müssten, zu deren Vorhaltung sie nach dem Krankenhausplan verpflichtet seien. Die Gefährdung des Versorgungsauftrags müsse von jedem Krankenhaus im Einzelnen dargelegt und soweit erforderlich bewiesen werden. Im Umfang der Darlegungspflicht des Krankenhauses sei auch die Schiedsstelle zur Sachaufklärung befugt und zur Herstellung der Waffengleichheit der Beteiligten gegebenenfalls sogar verpflichtet. So hätte die Schiedsstelle im vorliegenden Fall die Beigeladene zur Vorlage ihrer Gewinn- und Verlustrechnung auffordern und diese kritisch auswerten müssen. Keinesfalls habe sie sich mit der Behauptung eines bloßen Defizits begnügen dürfen. Ein bloßes Defizit genügen zu lassen, stehe zudem im Widerspruch zu der Absicht des Gesetzes, die Vergütung der Krankenhäuser nicht länger an deren Kosten, sondern an allgemein ermittelten Preisen für ihre Leistungen auszurichten und so auf das Fallpauschalensystem umzustellen. Dementsprechend sei die BAT-Berichtigung ab dem Vereinbarungszeitraum 2005 gänzlich entfallen.

9 Der Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil. Komme ein Krankenhaus mit dem „gedeckelten“ Budget nicht aus, so stelle sich die Frage nach dem medizinisch leistungsgerechten Budget. Liege dieses über dem „gedeckelten“ Budget, stehe dem Krankenhaus die BAT-Berichtigung bis zur Höhe des übersteigenden Betrages oder bis zur Höhe des Defizites zu, wenn dieses niedriger sei. Nur so lasse sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ordnungsgemäß erfüllen.

10 Auch die Beigeladene verteidigt das Berufungsurteil. Sie weist ergänzend darauf hin, dass die in Rede stehende Vorschrift einen Berichtigungsanspruch begründe und nicht nach Ermessen gehandhabt werden dürfe; schon dies spreche dagegen, sie als bloße Ausnahmenvorschrift anzusehen. Bezugspunkt der Erforderlichkeitsklausel sei der Versorgungsauftrag, weshalb alle Krankenhausleistungen auszuscheiden seien, die außerhalb dieses Auftrags lägen. Allgemeine Krankenhausleistungen an Selbstzahler seien freilich ebenfalls pflegesatzfähig, so dass ihre Kosten zu berücksichtigen seien. Die Gewährung der BAT-Berichtigung sei zur Erfüllung des Versorgungsauftrags schon dann

erforderlich, wenn das Krankenhaus mit den Erlösen seine Kosten für die pflegesatzfähigen Leistungen nicht decken könne, es also insofern mit Defizit arbeite. Ob dies jeweils der Fall sei, obliege der Vereinbarung der Beteiligten, notfalls der Beurteilung der Schiedsstelle, der insofern ein Beurteilungsspielraum zukomme; dies umso mehr, als die Kläger auch in anderen Verfahren bislang nicht mitgeteilt hätten, unter welchen Voraussetzungen sie selbst die BAT-Berichtigung für erforderlich ansähen.

II

11 Die Revisionen sind nicht begründet.

12 1. Mit Recht haben die Kläger im Revisionsrechtszug lediglich beantragt, den Bescheid des Beklagten vom 14. November 2005 aufzuheben, mit dem der ihnen ungünstige Schiedsspruch vom 19. September 2005 genehmigt wurde. Damit wird ihrem Begehren Rechnung getragen (§ 88 VwGO). Des zusätzlichen Antrags, auch den Bescheid vom 30. Mai 2005 aufzuheben, bedarf es hierzu nicht.

13 Ein solcher zusätzlicher Antrag dürfte auch unzulässig sein. Zum einen ist schon zweifelhaft, ob den Klägern für ein bloßes Aufhebungsbegehren ein Rechtsschutzbedürfnis zur Seite stünde. Der Bescheid des Beklagten vom 30. Mai 2005 versagte dem Schiedsspruch vom 29. November 2004 die Genehmigung, den die Kläger selbst beantragt hatten und den sie für rechtmäßig halten. Dann aber hätten die Kläger Verpflichtungsklage auf Genehmigung erheben müssen. Dieses Klagebegehren aber ist zum anderen erledigt, weil das Substrat der versagten und von den Klägern erstrebten Genehmigung der erste Schiedsspruch entfallen war. Die Schiedsstelle hatte diesen ersten Schiedsspruch aufgehoben und durch ihren zweiten, dem Inhalt nach gegensätzlichen Schiedsspruch ersetzt. Eine von den Klägern erstrebte Genehmigung für den ersten Schiedsspruch müsste seither ins Leere gehen.

14 Das Berufungsgericht meint, der erste die Genehmigung versagende Bescheid entfalte dessen ungeachtet jedenfalls insofern noch weiterhin Rechtswirkungen, als die Schiedsstelle an ihn gebunden gewesen sei; deshalb beruhe der zweite Schiedsspruch auf diesem ersten Versagungsbescheid. Richtig hieran ist, dass die Schiedsstelle an den Bescheid, mit dem ihrem ersten Schiedsspruch die Genehmigung versagt wurde, gebunden war (§ 20 Abs. 3 BPfIV). Das ändert aber nichts daran, dass der Versagungsbescheid sich mit dem Erlass des zweiten Schiedsspruchs erledigt hat. Die Frage der Bindung der Schiedsstelle betrifft allein die Rechtmäßigkeit des zweiten Schiedsspruchs und des diesen genehmigenden zweiten Bescheides. Insofern kann sich die Frage stellen, ob ein zweiter Schiedsspruch, der mit dem materiellen Pflegesatzrecht nicht im Einklang steht, allein deshalb gleichwohl rechtmäßig sein kann, weil er sich an Vorgaben aus einem Bescheid hält, mit dem einem früheren Schiedsspruch in gleicher Sache die Genehmigung versagt worden war. Ebenso mag umgekehrt zweifelhaft sein, ob ein zweiter Schiedsspruch, der dem materiellen Pflegesatzrecht entspricht, allein deshalb rechtswidrig sein kann, weil er die Bindung an einen früheren Genehmigungs(versagungs)bescheid missachtet. All diese Fragen betreffen allein die Rechtmäßigkeit des zweiten Schiedsspruchs und des zweiten Genehmigungsbescheides. Sie ändern nichts daran, dass sich der erste Versagungsbescheid mit dem Erlass des zweiten Schiedsspruchs erledigt hat.

15 2. Der Entscheidung des Rechtsstreits ist das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl I S. 1412) in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003 (BGBl I S. 2190) zugrunde zu legen. Nach § 3 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG ist für das Jahr 2004 ein Gesamtbetrag für die Erlöse eines

Krankenhauses aus Pflegesätzen in entsprechender Anwendung von § 6 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) zu vereinbaren. Dabei ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten, indem der Gesamtbetrag den um die Grundlohnrate veränderten Gesamtbetrag des Vorjahres grundsätzlich nicht überschreiten darf (§ 6 Abs. 1 Satz 3 und 4 BPfIV, § 3 Abs. 3 Satz 2 und 3 KHEntgG). Der Gesamtbetrag ist freilich um Berichtigungen für Vorjahre zu verändern; dabei ist zusätzlich zu der Berichtigung des bisherigen Budgets (Basisberichtigung) ein entsprechender Ausgleich durchzuführen (§ 3 Abs. 3 Satz 5 KHEntgG). Eine derartige Berichtigung für das Vorjahr 2003 sieht § 6 Abs. 2 Satz 1 BPfIV in der Fassung des Fallpauschalengesetzes (FPG) vom 23. April 2002 (BGBl I S. 1412) vor, wenn die durchschnittlichen Auswirkungen der von den Tarifvertragsparteien vereinbarten linearen Erhöhungen des Vergütungstarifs nach dem Bundes-Angestelltentarifvertrag und einer vereinbarten Einmalzahlung (sog. BAT-Steigerungsrate) die Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 Satz 1 und 4 i.V.m. Abs. 2 SGB V (sog. Grundlohnrate) übersteigen; dann ist das Budget um ein Drittel des Unterschieds zwischen beiden Raten zu berichtigen, soweit dies erforderlich ist, um den Versorgungsvertrag zu erfüllen.

16 3. Das Berufungsurteil beruht auf der Auffassung, dass die Berichtigung des Budgets dann im Sinne von § 6 Abs. 2 BPfIV zur Erfüllung des Versorgungsvertrages erforderlich ist, wenn und soweit der Gesamtbetrag ohne die Berichtigung hinter dem medizinisch leistungsgerechten Budget zurückbliebe. Dem ist zuzustimmen.

17 a) Auszugehen ist davon, dass das Krankenhausfinanzierungsrecht die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser bezweckt. Das geltende Recht verfolgt diesen Zweck angesichts des doppelten öffentlichen Interesses, einerseits die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern zu gewährleisten und andererseits zugleich zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen (§ 1 Abs. 1 KHG).

18 Die Ziele der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung werden erreicht, wenn für das Krankenhaus ein medizinisch leistungsgerechtes Budget vereinbart wird. Nach § 17 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S. 2266) sowie nach § 3 Abs. 1 Satz 3 BPfIV müssen die Pflegesätze medizinisch leistungsgerecht sein und ein Krankenhaus bei wirtschaftlicher Betriebsführung in die Lage versetzen, den Versorgungsauftrag zu erfüllen. Das geltende Recht geht mit anderen Worten davon aus, dass ein medizinisch leistungsgerechtes Budget dem Krankenhaus ermöglicht, seinen Versorgungsauftrag (vgl. § 4 BPfIV) zu erfüllen, und dass umgekehrt zur Erfüllung des Versorgungsauftrags ein medizinisch leistungsgerechtes Budget auch erforderlich ist. § 3 Abs. 3 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) i.V.m. § 6 Abs. 1 Satz 1 und 2 BPfIV schreibt deshalb vor, dass bei den Pflegesatzverhandlungen in einem ersten Schritt dieses medizinisch leistungsgerechte Budget zu ermitteln ist (Urteil vom 8. September 2005 BVerwG 3 C 41.04 BVerwGE 124, 209 <215> = Buchholz 451.74 § 18a KHG Nr. 3 Rn. 28).

19 Um zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen, gebietet § 17 Abs. 1 Satz 4 KHG 1992, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu berücksichtigen. Dies geschieht, indem die jährliche Steigerungsrate des Budgets grundsätzlich auf die Grundlohnrate begrenzt wird (§ 6 Abs. 1 Satz 3 BPfIV). Diese Erlösobergrenze stellt im Rahmen der Deckelung der Krankenausgaben eine Kappungsgrenze dar (Urteil vom 8. September 2005 BVerwG 3 C 41.04 a.a.O. S. 215 bzw. Rn. 28). Dem Gesetzgeber ist bewusst, dass in dem Maße, wie die Erlösobergrenze hinter dem medizinisch leistungsgerechten Budget zurückbleibt, die Erfüllung des Versorgungsauftrags verfehlt wird (vgl. § 3 Abs. 2 Satz 4 BPfIV). Um dem nach

Möglichkeit entgegenzusteuern, bestimmt § 17 Abs. 1 Satz 4 KHG 1992, dass auch bei der Wahrung der Beitragssatzstabilität die zur Erfüllung des Versorgungsauftrags ausreichenden und zweckmäßigen Leistungen angemessen zu berücksichtigen sind. In Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe sieht die Bundespflegesatzverordnung eine Berichtigung der Erlösobergrenze vor, wenn die im Voraus geschätzte Kostensteigerung (Grundlohnrate) hinter der tatsächlichen Entwicklung (BAT-Steigerungsrate) zurückbleibt (§ 6 Abs. 2 BPfIV). Außerdem erlaubt die Verordnung eine Abweichung von der Erlösobergrenze, wenn ein sog. Ausdeckelungstatbestand vorliegt (§ 6 Abs. 1 Satz 4 BPfIV).

20 Dieser systematische Zusammenhang zeigt, dass die BAT-Berichtigung dazu dient, ein Zurückbleiben des Gesamtbetrages der Erlöse infolge der Erlösbegrenzung hinter dem medizinisch leistungsgerechten Budget zu vermeiden oder doch zu vermindern. Da das medizinisch leistungsgerechte Budget voraussetzungsgemäß zur Erfüllung des Versorgungsauftrags notwendig ist, wird mit einem Zurückbleiben des vereinbarten Gesamtbetrages hinter dem medizinisch leistungsgerechten Budget stets auch die Erfüllung des Versorgungsauftrags gefährdet. Daraus ergibt sich, dass die BAT-Berichtigung zur Erfüllung des Versorgungsauftrags immer dann erforderlich ist, wenn und soweit der vereinbarte Gesamtbetrag infolge der Erlösbegrenzung hinter dem medizinisch leistungsgerechten Budget zurückbleibt.

21 b) Die Kläger stellen diesen systematischen Zusammenhang für die Fassungen der Bundespflegesatzverordnung bis 1999 nicht in Abrede. Sie meinen indes, mit der Anfügung der Erforderlichkeitsklausel durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S. 2626) seien Bezugspunkt und Charakter der BAT-Berichtigung grundlegend verändert worden. Dem ist das Berufungsgericht mit Recht nicht gefolgt.

22 aa) Bezugspunkt der Beurteilung, ob die BAT-Berichtigung erforderlich ist, ist unverändert der Versorgungsauftrag des Krankenhauses (§ 4 BPfIV). Dieser ist der Bemessung der Pflegesätze zugrunde zu legen (§ 17 Abs. 1 Satz 3 KHG). Daran ändert nichts, dass § 6 Abs. 2 Satz 1 BPfIV statt von „Versorgungsauftrag“ von „Versorgungsvertrag“ spricht. Dies ist offensichtlich eine bloße sprachliche Ungenauigkeit. Ein Versorgungsvertrag wird nach § 108 Nr. 3, § 109 SGB V nur mit anderen als Hochschulkliniken oder Plankrankenhäusern geschlossen; es erscheint aber als ausgeschlossen und wäre auch durch nichts zu rechtfertigen, Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser von der BAT-Berichtigung auszunehmen.

23 Das räumen die Kläger ein. Sie meinen indes, mit der Rede vom „Versorgungsvertrag“ werde auf § 39 SGB V verwiesen. Deshalb müssten bei der Beurteilung, ob das Krankenhaus die BAT-Berichtigung benötige, über die allgemeinen Krankenhausleistungen für voll- und teilstationäre Krankenhausbehandlung hinaus sämtliche Leistungen des Krankenhauses für die Krankenhausbehandlung für gesetzlich Versicherte, also auch vor- und nachstationäre sowie ambulante Leistungen berücksichtigt werden. Damit sei der Bezug zum Versorgungsauftrag und zum medizinisch leistungsgerechten Budget durchtrennt. Das geht fehl. § 39 SGB V regelt den Anspruch der gesetzlich Versicherten gegen die Krankenkasse auf Krankenhausbehandlung, besagt aber nichts über den Vergütungsanspruch des Krankenhauses. Diesen regelt für bestimmte Krankenhausleistungen nämlich für die vollstationären und teilstationären Leistungen unter Ausschluss der vor- und nachstationären Behandlung (§ 17 Abs. 3 KHG, § 1 Abs. 1 und 3 BPfIV), insoweit zudem nicht nur an gesetzlich Versicherte, sondern auch an Selbstzahler (vgl. § 14 BPfIV) das Pflegesatzrecht, während für andere Krankenhausleistungen andere Vergütungsregeln bestehen (etwa § 115a SGB V). Es ist nicht erkennbar, dass der Verordnungsgeber mit der Rede vom „Versorgungsvertrag“

dieses Regelungssystem durchbrechen wollte; das wäre auf der gegebenen gesetzlichen Grundlage auch gar nicht zulässig gewesen.

- 24 bb) Durch die Erforderlichkeitsklausel ist die Anwendung der BAT-Berichtigung auch nicht auf Ausnahme- oder Härtefälle beschränkt worden. Die Kläger sind der Ansicht, dass die BAT-Berichtigung erst dann im Sinne des § 6 Abs. 2 BPflV erforderlich sei, wenn das Krankenhaus Defizite auch unter Rückgriff auf anderweitige Finanzmittel ihres Trägers nicht mehr auffangen könne und deshalb gezwungen sei, ihr Leistungsangebot unter den Versorgungsauftrag zu reduzieren, etwa Planbetten zu streichen oder Abteilungen zu schließen. Dem vermag der Senat nicht zu folgen.
- 25 Dem Wortlaut des § 6 Abs. 2 BPflV lässt sich hierfür nichts entnehmen. Auch die Entstehungsgeschichte bietet keinen Anhaltspunkt. Die Erforderlichkeitsklausel wurde mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 (a.a.O.) eingefügt. Sie geht auf den Entwurf der Regierungsfractionen zurück. Dieser hatte aber keine prinzipielle Beschränkung der BAT-Berichtigung auf enger umschriebene Ausnahmefälle vorgesehen, sondern im Gegenteil die bisherige starre Berichtigungsvorschrift flexibler gestalten wollen (BTDrucks 14/1245 S. 114; vgl. BTDrucks 14/1977 S. 120, 122, 188). Hierzu sollte § 6 BPflV gestrichen und die Regelung in § 12 Abs. 1 verlagert werden. Dabei sollte der Gesichtspunkt des Tarifausgleichs als einer von mehreren Ausdeckelungstatbeständen bei der Vereinbarung des Budgets berücksichtigt werden, „soweit dies erforderlich ist, den Versorgungsvertrag zu erfüllen“ (BTDrucks 14/1245 S. 43 f.). Der Vermittlungsausschuss beließ es demgegenüber bei der bisherigen Regelung, übernahm aber die zitierte Eingangswendung des im Entwurf vorgesehenen Ausdeckelungstatbestandes (BTDrucks 14/2369). Für eine Beschränkung des BAT-Ausgleichs auf eine bloße Ausnahme- oder Härteklausel lässt sich hieraus nichts gewinnen.
- 26 Für ihre Auffassung berufen sich die Kläger zum einen auf § 17 Abs. 1 Satz 4 KHG in der Fassung des Fallpauschalengesetzes 2002, der § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1992 entspricht und demzufolge die Krankenhäuser Verluste selbst zu tragen haben. Aber abgesehen davon, dass diese allgemein gehaltene Vorschrift eher programmatischen Charakter hat, ist hierbei vornehmlich an Verluste infolge unwirtschaftlicher Betriebsführung gedacht. Das besagte ihre ursprüngliche Fassung ausdrücklich: „Überschüsse, die bei wirtschaftlicher Betriebsführung entstehen, sollen dem Krankenhaus verbleiben; vom Krankenhaus zu vertretende Verluste sind von ihm zu tragen“ (§ 17 Abs. 1 Satz 4 KHG in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991, BGBl I S. 886). Mit der Streichung der Bezugnahme auf die wirtschaftliche Betriebsführung im ersten und auf das Vertretenmüssen im zweiten Halbsatz durch Art. 11 Nr. 7 Buchst. a des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (a.a.O.) war lediglich eine redaktionelle Verkürzung, aber keine sachliche Änderung beabsichtigt (vgl. BTDrucks 12/3608 S. 132).
- 27 Zum anderen verweisen die Kläger auf die weitere Rechtsentwicklung, derzufolge die Vergütung der Krankenhäuser im Wesentlichen auf das Fallpauschalensystem umgestellt wurde, welches den BAT-Ausgleich nicht mehr kennt. Sie leiten daraus die These her, der BAT-Ausgleich habe nicht plötzlich entfallen, sondern schrittweise abgebaut werden sollen. Es mag sein, dass dies die Vorstellung des Gesetzgebers des Fallpauschalengesetzes gewesen ist (vgl. BTDrucks 14/6893 S. 39). Diese Vorstellung hat in der Verordnung selbst jedoch keinen Niederschlag gefunden. Das Fallpauschalengesetz hat den Wortlaut des § 6 Abs. 2 (zuvor Abs. 3) BPflV unverändert gelassen. Es datiert vom 23. April 2002 (a.a.O.) und ist damit mehr als zwei Jahre jünger als das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (a.a.O.), mit dem die hier

strittige Erforderlichkeitsklausel eingefügt wurde. Nachträgliche Äußerungen aus späteren Gesetzgebungsverfahren können aber über die Regelungsabsicht des Normgebers keine oder allenfalls eine mittelbar berichtende Auskunft geben. Hinzu kommt, dass der Ausschussbericht zum späteren Beitragssicherungsgesetz vom 23. Dezember 2002 (BGBl I S. 4637) die Abgeordneten derselben politischen Parteien mit durchaus gegensätzlichen Äußerungen zitiert, wonach die BAT-Berichtigung keinesfalls von der Vermögenssituation des Krankenhausträgers abhängig gemacht werden dürfe (BTDrucks 15/73 S. 17).

28 4. Auch die weitere Handhabung des § 3 Abs. 3 Satz 5 KHEntgG i.V.m. § 6 Abs. 2 Satz 1 BPfIV durch das Berufungsgericht steht mit Bundesrecht im Einklang.

29 a) Wie gezeigt, kommt es für die Frage, ob die BAT-Berichtigung zur Erfüllung des Versorgungsauftrags eines Krankenhauses erforderlich ist, auf einen Vergleich zwischen dem vereinbarten Gesamtbetrag und dem medizinisch leistungsgerechten Budget an. Mit Recht hat das Berufungsgericht hervorgehoben, dass beide Werte zwar für das jeweilige Krankenhaus zu ermitteln sind, dass insofern jedoch ein verallgemeinernder Maßstab gilt. Das Krankenhaus kann nicht einfach auf seine Kostensituation und -entwicklung verweisen; vielmehr kommt es darauf an, welches Budget medizinisch leistungsgerecht ist. Hierfür ist selbstverständlich nur auf die pflegesatzfähigen Kosten des Krankenhauses abzustellen (§ 7 BPfIV). Zudem gilt der Maßstab eines sparsam und wirtschaftlich geführten Krankenhauses. Das ergibt sich zum einen aus § 17 Abs. 2 Satz 1 KHG und § 3 Abs. 1 Satz 3 BPfIV; hiernach sollen die Pflegesätze dem Krankenhaus nicht unter allen Umständen, sondern nur bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Es ergibt sich zum anderen gewissermaßen spiegelbildlich auch aus § 17 Abs. 1 Satz 4 KHG, wonach Überschüsse dem Krankenhaus verbleiben, Verluste aber von ihm zu tragen sind. Auch diese Vorschrift weist dem Krankenhaus wie bereits gezeigt nicht das Risiko jedweder Verluste zu, sondern im Grundsatz vorbehaltlich des Risikos infolge der „Deckelung“ überhaupt nur das Risiko für Verluste infolge unwirtschaftlicher Betriebsführung.

30 b) Das Berufungsurteil leidet auch nicht insofern an einem Rechtsfehler, als es für genügend erachtet hat, dass die Schiedsstelle das medizinisch leistungsgerechte Budget für das Krankenhaus der Beigeladenen im Jahr 2003 nicht im Einzelnen ermittelt, sondern sich mit der vereinfachenden Feststellung begnügt hat, dass es jedenfalls den Betrag der um die reale Personal- und Sachkostensteigerung für 2003 erhöhten Obergrenze des Gesamtbetrages für 2002 erreiche oder übersteige. Die Schiedsstelle muss das medizinisch leistungsgerechte Budget nicht im Einzelnen ermitteln, wenn es die entscheidungserhebliche Feststellung auch auf einfacherem Wege mit der gebotenen Überzeugungsgewissheit treffen kann.

31 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. Wie der Senat bereits entschieden hat, unterliegt die Schiedsstelle nach § 18a KHG nicht dem Amtsermittlungsgrundsatz. Ihr Verfahren ist vielmehr durch den Beibringungsgrundsatz geprägt (Urteil vom 8. September 2005 BVerwG 3 C 41.04 a.a.O. S. 210 ff. bzw. 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 BVerwG 3 C 41.04 a.a.O. S. 212 bzw. Rn. 19). Ihre Entscheidung leidet allenfalls dann an Rechtsfehlern, wenn sie an die Substantierungspflicht der Kostenträger

32

Die Schiedsstelle hat den Vortrag der Kläger für unsubstantiiert gehalten. Was die Kläger hiergegen einwenden, greift nicht durch. Die Kläger rügen im Wesentlichen, die Schiedsstelle sei der Vermögenslage des Krankenhausträgers nicht nachgegangen und habe ihr diesbezügliches Vorbringen unberücksichtigt gelassen. Auf die Vermögenslage des Krankenhausträgers kam es aber nach dem wie gezeigt zutreffenden Rechtsstandpunkt der Schiedsstelle nicht an. Für sie war allein maßgebend, ob der in Höhe der Obergrenze vereinbarte Gesamtbetrag für 2002 dem seinerzeit medizinisch leistungsgerechten Budget entsprach oder bereits hinter ihm zurückblieb, ob die von der Beigeladenen behaupteten Kostensteigerungen für die pflegesatzfähigen Leistungen des Krankenhauses im Jahr 2003 zutrafen und ob diese Kostensteigerungen nicht auf unwirtschaftliche Betriebsführung zurückzuführen waren. Dass sie diese drei Punkte substantiiert in Zweifel gezogen hätten, haben die Kläger nicht dargetan.

33

5. Die Kostenentscheidung folgt aus § 154 Abs. 2, § 159 Satz 1 VwGO i.V.m. § 100 Abs. 1 ZPO sowie § 162 Abs. 3 VwGO.

Kley

Dr. Dette

Liebler

Prof. Dr. Rennert

Buchheister