S 60 KR 2053/20

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Duisburg (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
60
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 60 KR 2053/20
Datum
30.03.2022
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. **Die Klage wird abgewiesen.**
2. **Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.**
3. **Der Streitwert wird auf 852,96 EUR festgesetzt.**

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die durch die Verlegung einer stationär behandelten Patientin verursachten Mehrkosten.

Die Klägerin ist eine gesetzliche Krankenversicherung. Die bei der Klägerin krankenversicherte ....., geb. am ..... (nachfolgend: die Versicherte) wurde bei der Beklagten, ein zugelassenes Plankrankenhaus in Nordrhein-Westfalen (NRW), in der Zeit vom 12.04.2019 bis zum 24.04.2019 stationär behandelt. Am 24.04.2019 erfolgte die Verlegung zur geriatrischen Komplexbehandlung in das (nachfolgend: das aufnehmende Krankenhaus). Dort verblieb die Versicherte bis zum 08.05.2019. Die medizinische Notwendigkeit und Höhe der Abrechnung auf der Grundlage der DRG B39B [Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur] im Krankenhaus der Beklagten ist zwischen den Beteiligten unstreitig.

Die Klägerin beauftragte am 14.06.2019 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Überprüfung der Verweildauer, der Nebendiagnosen und Prozeduren u. a. des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 8-550.1 [Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten] im aufnehmenden Krankenhaus. Frau ...des MDK gelangte in ihrer gutachtlichen Stellungnahme vom 28.08.2019 zu dem Ergebnis, dass eine primäre Fehlbelegung vorgelegen habe. Im verlegenden Krankenhaus sei eine Geriatrie vorhanden. Das Wirtschaftlichkeitsgebot hätte eine Verlegung in die klinik-interne Geriatrie gefordert. Es lägen keine medizinischen Gründe für die Verlegung vor. Die Verweildauer im aufnehmenden Krankenhaus sei um fünf auf zehn Belegtage zu kürzen. Der OPS 8-550.1 ändere sich in 8-550.0. In ihrer abschließenden Leistungsentscheidung vom 03.09.2019 teilte die Klägerin dem aufnehmenden Krankenhaus einen Erstattungsanspruch in Höhe von 2.599,72 € mit, den sie am 08.10.2019 gegenüber unstreitigen Vergütungsforderungen des aufnehmenden Krankenhauses verrechnete.

Für die stationäre Behandlung bei der Beklagten zahlte die Klägerin einen Betrag i.H.v. 13.981,76 EUR (Rechnung vom 29.03.2021, Rechnungsnummer 7296959, Bl. 27/28 der Gerichtsakte) und für die stationäre Behandlung im aufnehmenden Krankenhaus einen Betrag i.H.v. 2.734,38 EUR anstatt der in Rechnung gestellten 5.280,82 EUR, mithin insgesamt 16.716,14 EUR.

Die Klägerin macht mit ihrer durch ihre Bevollmächtigen am 19.12.2020 bei dem Sozialgericht Duisburg erhobenen Klage Schadensersatz in Höhe von 852,96 EUR geltend. Da bei einer durchgehenden Behandlung der Versicherten im Haus der Beklagten in der Zeit vom 12.04.2019 bis 08.05.2019 lediglich Kosten i.H.v. 15.863,18 EUR angefallen wären, sei die Differenz zu den tatsächlich angefallenen Kosten i.H.v. 852,96 EUR als Schaden zu erstatten. Mit der Verlegung ohne medizinische oder organisatorische Gründe habe die Beklagte ihre Pflichten gegenüber der Klägerin verletzt. Die geriatrische Komplexbehandlung der Versicherten hätte sowohl im Hinblick auf ihren Versorgungsauftrag als auch ihre personellen und strukturellen Voraussetzungen im Haus der Beklagten durchgeführt werden können. Die Beklagte verfüge über eine Geriatrie. Die Verlegung sei unwirtschaftlich gewesen, weshalb der Beklagten nur ein Vergütungsanspruch in Höhe des wirtschaftlichen Alternativverhaltens zustehen würde.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 852,96 EUR nebst 5 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 01.10.2019 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Ein Schadensersatz wegen einer *„unwirtschaftlichen externen Verlegung“* würde bereits deshalb ausscheiden, weil die Regelungen des SGB V sowie des Krankenhausentgelt- und Finanzierungsgesetz eine abschließende Regelung darstellen würden und einen Rückgriff auf zivilrechtliche Normen ausschließen würden. Für Verlegungen würde in Gestalt der hierfür zu zahlenden Zu- und Abschläge eine abschließende Regelung bestehen, die keinen Raum für einen weitergehenden Schadensersatzanspruch ließe. Es werde auf die Entscheidung des Sozialgerichts Altenburg, Urteil vom 21.09.2018 – S 13 KR 868/18 – (Bl. 46/50 der Gerichtsakte) sowie des SG Wiesbaden, Urt. v. 14.08.2018 – S 18 KR 226/18 – (Bl. 51/57 der Gerichtsakte) sowie einen Aufsatz des Beklagtenvertreters in der VSSAR 2018, Bl. 391 (Bl. 58/63 der Gerichtsakte) verwiesen. Weiter habe das Sächsische Landessozialgericht in seinem Urteil vom 13.02.2019 – L 1 KR 315/14 –, juris im Kern ausgeurteilt, dass die von den Selbstverwaltungspartnern abschließend erfolgte Konkretisierung des Wirtschaftlichkeitsgebotes keinerlei Spielraum lassen würde, für eine darüber hinausgehende von den Krankenkassen postulierte Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Zudem hätte das Bundessozialgericht (BSG) in seinem Urteil vom 28.11.2013 – B 3 KR 33/12 – darauf hingewiesen, dass eindeutig vereinbarte Vergütungsansprüche nicht durch weitergehende Vorgaben aus Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten eingeschränkt werden dürften. Überdies gehe eine Stellungnahme des Bundesministeriums für Gesundheit vom 05.05.2006 (Bl. 64/65 der Gerichtsakte) davon aus, dass der Verlegungsabschlag – und nicht etwaige Schadensersatzansprüche – das Korrektiv des Fallpauschalensystems sei. Für die Beklagte habe eine Verlegung in finanzieller Hinsicht keinen Sinn ergeben, da sie bei Durchführung der geriatrischen Komplexbehandlung durch den Ansatz des OPS 8-550.1 einen höheren Erlös erzielt hätte. Selbst wenn man einen sachlichen Grund für die Verlegung fordern würde, habe die Klägerin im Haus der Beklagten keinerlei Überprüfung des Behandlungsfalles aus 2019 durchgeführt. Die Klägerin sei mit medizinisch-inhaltlichen Einwendungen aus der Patientenakte präkludiert. Jedenfalls ergebe sich ein sachlicher Grund aus dem an die Ärzte des aufnehmenden Krankenhauses gerichteten Arztbrief des Prof. Dr. und des Dr. vom 07.05.2019, in dem diese die Verlegung mit der *„Ermangelung eines kurzfristig hier verfügbaren Platzes“* begründen. Im Hinblick auf den Schadensersatzanspruch der Höhe nach sei für die Beklagte nicht nachvollziehbar, ob und in welchem Umfang das aufnehmende Krankenhaus die Kürzung akzeptiert oder einen Widerspruch oder Rechtsstreit hiergegen geführt habe, mit der Folge einer für das aufnehmende Krankenhaus höheren Vergütung, die einen Schadensersatzanspruch gegen die Beklagte ausschließen würde. Es sei Aufgabe der Klägerin Höhe und Grund des von ihr geltend gemachten Schadensersatzanspruches zu substantiieren.

Mit Hinweis vom 17.05.2021 hat der Vorsitzende der vormals zuständigen Kammer im Hinblick auf die gegen die Entscheidung der 44. Kammer – S 44 KR – vom 14.02.2020 anhängige Berufung – L 10 KR 142/20 – das Ruhen des Verfahrens angeregt, dem die Klägervertreter nicht zugestimmt haben (Schriftsatz vom 24.05.2021, Bl. 71 der Gerichtsakte).

In seiner Verfügung vom 19.08.2021 hat der Vorsitzende der vormals zuständigen Kammer der Klägerin Fristen nach § 102 und § 106 Sozialgerichtsgesetz (SGG) gesetzt, die Höhe der Klageforderung zu substantiieren und anzugeben, in welcher Höhe die Klägerin den Aufenthalt im aufnehmenden Krankenhaus vergütet hat und entsprechende Nachweise vorzulegen. Mit Schriftsatz vom 23.11.2021 hat die Klägerin ihre Berechnung dargelegt und eine Proberechnung unter Kodierung des OPS 8-550.0 sowie die Verwaltungsakte bzgl. des stationären Aufenthaltes der Versicherten im aufnehmenden Krankenhaus übersandt.

In ihrer Verfügung vom 17.03.2022 hat die nunmehr zuständige Vorsitzende im Hinblick auf die gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) vom 19.01.2022 – L 10 KR 142/20 – eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde das Ruhen des Verfahrens angeregt, dem die Beklagtenvertreter entgegengetreten sind.

Mit Hinweis vom 28.03.2022 hat die Vorsitzende die Rücknahme der Klage angeregt und ausgeführt, dass die in dem Verlegungsbrief dokumentierte Kapazitätserschöpfung einen organisatorischen Grund darstellen dürfte. Die Beklagtenvertreter dürften im Hinblick auf die unterbliebene Einleitung eines MD-Prüfverfahrens nicht mehr berechtigt sein, die Patientenakte hinsichtlich medizinischer Gründe für die Verlegung auszuwerten. Auf die ebenfalls in der genannten Verfügung enthaltene Nachfrage der Vorsitzenden haben die Klägervertreter mit Schriftsatz vom 28.03.2022 und 29.03.2022 vorgetragen, dass die Rechnungskorrektur der Klägerin im Hinblick auf die Abrechnung im aufnehmenden Krankenhaus vom aufnehmenden Krankenhaus akzeptiert worden sei. Die Änderung des OPS 8-550.1 in 8.550.0 bei einer fiktiven Abrechnung im verlegenden Krankenhaus sei nicht erlösrelevant. Der Verlegungsbrief beantworte nicht die Frage, warum die Behandlung nicht im bereits zugeteilten Bett möglich gewesen sei. Die reine Mitteilung im Verlegungsbrief reiche als Nachweis für Kapazitätsengpässe nicht aus.

In der mündlichen Verhandlung am 30.03.2022 hat der Beklagtenvertreter bestätigt, dass die Änderung des OPS 8-550.1 in 8-550.0 im Falle der fiktiven Weiterbehandlung der Versicherten im Haus der Beklagten in diesem atypischen Einzelfall nicht erlösrelevant sei. Weiter hat er ausgeführt, dass die Versicherte zunächst auf der Stroke Unit behandelt worden sei, wobei es sich um eine Abteilung der Neurologie der Beklagten handele.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, der Verwaltungsakten der Klägerin sowie der Niederschrift über die Sitzung am 30.03.2022 Bezug genommen, der Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden ist.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist nicht begründet.

I. Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig. Bei einer auf Zahlung von Schadensersatz gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Es ist demnach weder ein Vorverfahren durchzuführen noch eine Klagefrist zu beachten.

II. Die hiernach zulässige Klage ist nicht begründet. Denn die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Schadensersatz aus § 69 S. 3 SGB V iVm § 280 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), da zur Überzeugung der Kammer die Beklagte einen organisatorischen Grund für die Verlegung der Versicherten in das aufnehmende Krankenhaus nachgewiesen hat.

1. Zur Überzeugung der Kammer schließen – anders als die Beklagtenvertreter meinen –, die Regelungen der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2019 einen Rückgriff auf § 280 BGB nicht aus (LSG NRW, Urt. v. 19.01.2022 – L 10 KR 142/20 –, juris; SG Duisburg, Urt. v. 14.02.2020 – S 44 KR 379/17 –, Rn. 18, juris).

Das LSG NRW hat diesbezüglich in seinem Urteil vom 19.01.2022 – L 10 KR 142/20 –, juris, Rn. 20 – 21 für die Kammer überzeugend und nachvollziehbar ausgeführt:

„Eine erforderliche stationäre Behandlung Versicherter in einem zugelassenen Krankenhaus begründet zwischen seinem Träger und der Krankenkasse ein gesetzliches öffentlich-rechtliches Schuldverhältnis, für das § 280 Abs 1 BGB gilt. Die Folgen von Pflichtverletzungen aus diesem Schuldverhältnis sind weder landesvertraglich noch landes- oder bundesrechtlich abschließend geregelt (vgl BSG, Urteil vom 12.11.2013 - B 1 KR 22/12 R - in juris Rn 12). Der bürgerlich-rechtliche Schadensersatzanspruch bei Pflichtverletzungen ist - ebenso wie die bürgerlich-rechtlichen Verzugsvorschriften es sind - mit der Stellung der Krankenhäuser im Versorgungssystem des SGB V vereinbar (vgl BSG aaO und LSG NRW aaO Rn 26 mwN).

Die in § 1 Abs 1 S 2 und 3 FPV 2016 getroffenen Regelungen stehen der Anwendbarkeit von § 69 Abs 1 S 3 SGB V iVm § 280 Abs 1 BGB nicht entgegen. Diese Vorschriften beinhalten - worauf das SG zutreffend hingewiesen hat - Abrechnungsbestimmungen für DRG-Fallpauschalen und damit zur ordnungsgemäßen Abrechnung erbrachter Leistungen. Sie treffen indes keine Regelungen zu etwaigen Schadensersatzansprüchen bei Pflichtverletzungen iRd öffentlich-rechtlichen Schuldverhältnisses. Entsprechend dürfte das Vertragsrecht Schadensersatzansprüche der Krankenkassen bei schuldhafter Schädigung durch Krankenhäuser auch nicht ausschließen (vgl BSG aaO).“

Diesen Ausführungen schließt sich die Kammer nach eigener Prüfung an.

2. Zur Überzeugung der Kammer hat die Beklagte durch die Verlegung der Versicherten in das aufnehmende Krankenhaus indes keine gegenüber der Klägerin bestehende Pflicht verletzt.

a) Zwar ist die Beklagte verpflichtet, Versicherte gemäß ihres Versorgungsauftrags, bis zum Ende ihrer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu behandeln. Dies ergibt sich ausdrücklich aus § 109 Absatz 4 Satz 2 SGB V. Nach dieser Vorschrift ist das zugelassene Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) der Versicherten nicht lediglich berechtigt, sondern verpflichtet. Da der der Beklagten durch den Feststellungsbescheid erteilte Versorgungsauftrag auch die geriatrische Frührehabilitation umfasst, was zwischen den Beteiligten nicht streitig ist, hat die Beklagte diese Leistung solange zu erbringen, bis die Versicherte nicht mehr krankenhausbehandlungsbedürftig ist. Zwischen den Beteiligten ist unstreitig, dass die Versicherte im Zeitpunkt ihrer Verlegung noch nicht entlassfähig war, weshalb sich für die Kammer eine diesbezügliche nähere Prüfung erübrigt.

b) Zur Überzeugung der Kammer verstößt eine Verlegung ohne medizinische oder organisatorische Gründe gegen den Versorgungsauftrag und begründet eine Pflichtverletzung im Sinne des § 280 BGB.

Denn zum einen ist der Krankenhausträger nach § 17c Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 KHG verpflichtet, vorzeitige Verlegungen oder Entlassungen aus wirtschaftlichen Gründen zu verhindern. Zum anderen bezweckt die Zuordnung der Frührehabilitation zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Absatz 2 Nr. 5 KHEntgG, das Rehabilitationspotential im Rahmen der Krankenhausbehandlung konsequenter zu nutzen und die Qualität der Versorgung der Versicherten zu verbessern (so bereits SG Duisburg, Urt. v. 24.07.2020 – S 60 KR 1905/19 –, S. 12, nicht veröffentlicht, auf das das LSG NRW, Urt. v. 19.01.2022 – L 10 KR 142/20 –, juris, Rn. 24 verweist). Das Krankenhaus ist daher verpflichtet, eine medizinisch erforderliche Frührehabilitation zum frühestmöglichen Zeitpunkt auch bereits während der Akutbehandlung einzuleiten.

c) Vorliegend scheidet eine Pflichtverletzung zur Überzeugung der Kammer allerdings aus.

aa) Zwar ist zur Überzeugung der Kammer der Grund der Verlegung in der Patientenakte zu dokumentieren. Die erkennende Kammer hat bereits in ihrem Urteil vom 24.07.2020 – S 60 KR 1905/19 –, nicht veröffentlicht, S. 13 diesbezüglich ausgeführt:

„Anders als die Beklagtenvertreter meinen, wird durch die prinzipielle Pflicht des Akutkrankenhauses Versicherte bis zum Ende ihrer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu behandeln und in diesem Rahmen auch die Leistung der geriatrischen Komplexbehandlung zu erbringen, dem anordnenden Arzt keine wirtschaftliche Folgenabwägung aufgebürdet oder nachträglich komplexe Dokumentationspflichten begründet. Zur Überzeugung der Kammer ist der behandelnde Arzt nicht zur Prüfung des wirtschaftlicheren Verhaltens – Weiterbehandlung oder Verlegung – verpflichtet. Es geht lediglich darum, Verlegungen aus rein wirtschaftlichen Gründen zu verhindern, die letztlich auch zu Lasten der hoch betagten und in ihrer Selbständigkeit gefährdeten, multimorbiden Versicherten gehen dürften. Dies ist indes nur dann gewährleistet, wenn der Grund der Verlegung auch plausibel dargelegt und dokumentiert ist. Überdies dürfte in aller Regel der verlegte Versicherte eine für ihn nachvollziehbare Begründung für den räumlichen Wechsel und die damit verbundene Neueinstellung auf eine andere Krankenhausorganisation erwarten. Im Sinne größtmöglicher Patientenautonomie dürften Patienten in die Entscheidung über die Verlegung in ein anderes Krankenhaus zudem einzubeziehen sein und das Für und Wider einer Verlegung, die durchaus gerade bei hochbetagten und multimorbiden Patienten auch mit gesundheitlichen Risiken verbunden sein kann, gemeinsam mit ihnen abzuwägen sein. Es liegt auf der Hand, dass ein solches Gespräch wie jedes Gespräch über weitere Behandlungsoptionen des Versicherten in der Patientenakte zu dokumentieren ist.“

bb) In dem es die Klägerin indes unterlassen hat, ein Prüfverfahren im Hinblick auf die Behandlung der Versicherten im verlegenden Krankenhaus einzuleiten, ist die Klägerin mit sämtlichen medizinischen Einwendungen präkludiert und die Klägerin nicht mehr berechtigt, die Patientenakte bezüglich der medizinischen Abwägung eines Für und Widers der Verlegung auszuwerten (vgl. zu § 275 Absatz 1c: SG Stuttgart, Gerichtsbescheid vom 23.07.2019 – S 15 KR 6688/18 –, juris, Rn.18; SG Duisburg, Gerichtsbescheid vom 04.05.2020 – S 60 KR 2844/18 –, juris, Rn. 19; SG Duisburg, Urteil vom 14.12.2020 – S 60 KR 2374/19 –, juris).

Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 10.11.2021 – B 1 KR 36/20 R –, juris, Rn. 19 bis 21 darauf hingewiesen, dass die Prüfverfahrensverordnung ein *„effizientes, konsensorientiertes Verfahren der Prüfungen nach § 275 Abs 1c SGB V näher regeln‘* [soll]. In Rn. 20 hat es ausgeführt:

„Perspektivisch versprach sich der Gesetzgeber durch die PrüfvV sowie weitere Maßnahmen, dass der Aufwand für die Durchführung von Krankenhausrechnungsprüfungen vermindert werde (vgl BT-Drucks 17/13947 S 37 f). Die nach § 17c Abs 2 Satz 2 KHG zu treffenden Regelungen ‚über die Prüfungsdauer‘ sollten eine Beschleunigung des Prüfverfahrens ermöglichen (vgl BT-Drucks 17/13947 S 38). Dies

spricht dafür, dass der Gesetzgeber nicht eine Einzelregelung zu einem Teilbereich der Abrechnungsprüfung treffen wollte, sondern die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und KK bei der Vergütungsabrechnung insgesamt im Blick hatte.

c) Auch Sinn und Zweck der Regelungen der PrüfvV sprechen für eine umfassende Geltung der PrüfvV für die Abrechnungsprüfung. Sie schaffen einen angemessenen Ausgleich zwischen dem Anspruch des Krankenhauses auf vollständige Vergütung der erbrachten erforderlichen Krankenhausbehandlungen und einem zügigen Abschluss des Prüfverfahrens und damit der Rechtssicherheit (vgl zum prüfrechtlichen Beschleunigungsgebot zB BSG vom 13.11.2012 - B 1 KR 24/11 R - BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 30 ff; Gerlach in Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl 2018, § 39 SGB V RdNr 97; zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots als Prüfzweck vgl zB BSG vom 13.11.2012 - B 1 KR 27/11 R - BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr 1, RdNr 33 f). Der damit intendierten Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens entspricht es etwa, dass es nicht durch wiederholte oder unzeitige Datenänderungen in die Länge gezogen werden soll (vgl § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 und hierzu zB BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 32/20 R - juris RdNr 23 ff). Der gesamte Abrechnungsfall soll zügig seinen Abschluss finden. Der Streitstoff für die Überprüfung der Abrechnung des Behandlungsfalls soll vollständig gebündelt und deren Abschluss insgesamt beschleunigt werden. Hierbei ist es Aufgabe des MDK, die prüfrelevanten Begründungselemente durch die Unterlagenauswahl so einzugrenzen, dass die Anspruchsprüfung konzentriert erfolgen kann, dh dass alle für die Anspruchsprüfung relevanten Gesichtspunkte erfasst werden können (vgl § 7 Abs 2 PrüfvV 2014 und hierzu zB BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 32/20 R - juris RdNr 24). Dem Zweck der Beschleunigung und Konzentration würde es aber widersprechen, wenn die KK nur bei Umsetzung der auf den Einzelfall bezogenen MDK-Begutachtung an die in der PrüfvV geregelten Fristen gebunden wäre und etwa bei vom MDK übersehenen oder ausdrücklich ausgeklammerten Gesichtspunkten - wie hier die Erfüllung von Strukturvoraussetzungen bestimmter OPS-Kodes - (auch zeitlich) unbeschränkt weiter prüfen könnte."

Diesen überzeugenden und nachvollziehbaren Ausführungen schließt sich die Kammer an. Zwar hat das Bundessozialgericht die Entscheidung nicht in einer Sachverhaltskonstellation getroffen, in der überhaupt kein Prüfverfahren eingeleitet wurde. Wenn indes schon ein Vorbehalt im MDK-Gutachten für *„Strukturvoraussetzungen"* unbeachtlich ist, muss dies erst recht gelten, wenn die Beklagte keinerlei Prüfverfahren eingeleitet hat. Denn bereits in dieser Konstellation widerspricht es der intendierten Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens, wenn die Klägerin die Erfüllung von Strukturvoraussetzungen unbeschränkt weiter prüfen könnte, ohne zuvor das Fehlen der Voraussetzungen jemals zuvor im Prüfverfahren beanstandet zu haben. Dies muss erst Recht für die Geltendmachung eines Schadensersatzanspruches wegen Verlegung gelten, wenn die Klägerin zuvor auf die Prüfung des Vorliegens medizinischer oder organisatorischer Gründe durch den MDK unter Auswertung der Patientenakte verzichtet hat. Es widerspräche der ebenfalls durch das Prüfverfahren beabsichtigten Entlastung der Sozialgerichte, wenn die Klägerin ohne vorherige außergerichtliche Prüfung unmittelbar Klage zu den Sozialgerichten erheben könnte und erstmals im gerichtlichen Verfahren die Patientenakte im Hinblick auf das Vorliegen medizinischer oder organisatorischer Gründe ausgewertet und etwaige Gründe für die Verlegung ermittelt werden müsste.

cc) Jedenfalls scheidet eine Pflichtverletzung der Beklagten aus, da die Beklagte durch die Vorlage des Verlegungsbriefes vom 07.05.2019 der behandelnden Ärzte einen organisatorischen Grund für die Verlegung nachgewiesen hat.

Zur Überzeugung der Kammer ist der Versorgungsauftrag an die Anzahl der Planbetten gekoppelt und eine Verpflichtung zur Überschreitung der Kapazitätsgrenzen besteht nicht. Auch die Klägerin geht davon aus, dass die Erschöpfung der Kapazitäten einen eine Pflichtverletzung ausschließenden Grund darstellt. Streitig ist zwischen den Beteiligten indes geblieben, ob die geriatrische Frührehabilitation auch in einem Planbett auf der Akutstation, vorliegend der Neurologie, erbracht werden muss, oder ob die Beklagte berechtigt gewesen ist, auf die fehlende kurzfristige Verfügbarkeit eines Platzes in der klinikeigenen Geriatrie zu verweisen.

Zur Überzeugung der Kammer durfte die Beklagte vorliegend die fehlende Möglichkeit einer klinkinternen Verlegung als einen die Pflichtverletzung ausschließenden Umstand geltend machen.

Zwar erstreckt sich nach ständiger verwaltungs- und sozialgerichtlicher Rechtsprechung der Versorgungsauftrag für das Gebiet der akut-kurativen Versorgung, z. B. in der Inneren Medizin oder wie vorliegend der Neurologie auch auf die Leistungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung (Oberverwaltungsgericht (OVG) Münster, Urt. v. 22.12.2012 – 13 A 2379/11 –, Rn. 39 und 45, juris; OVG Münster, Beschluss vom 09.02.2016 – 13 B 1165/15 –, Rn. 16, juris; OVG des Landes Sachsen-Anhalt, Urt. v. 03.12.2018 – 1 L 10/17 –, Rn. 44, 53 ff., juris; Verwaltungsgericht (VG) Düsseldorf, Urt. v. 27.01.2017 – 21 K 341/15 –, Rn. 124, juris; VG Münster, Urt. v. 23.06.2010 – 9 K 249/09 –, Rn. 43 ff., juris; VG Gelsenkirchen, Urt. v. 24.08.2011 – 7 K 3163/09 –, Rn. 28 ff., juris; LSG Hamburg, Urt. v. 18.12.2014 – L 1 KR 60/14 –, Rn. 18 – 21, juris; SG Aachen, Urt. v. 23.04.2013 – S 13 KR 21/12 –, Rn. 18 f., juris; SG Duisburg, Urt. v. 30.04.2010 – S 9 KR 195/07 –, Rn. 19; so auch das LSG NRW, Urt. v. 19.01.2022 – L 10 KR 142/20 –, juris, Rn. 24 unter Verweis auf das Urteil der erkennenden Kammer v. 24.07.2020 – S 60 KR 1905/19 –, S. 9 ff., nicht veröffentlicht).

Dies ergibt sich aus systematischen, historischen und teleologischen Erwägungen.

Gemäß § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 KHEntgG gehört zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende

Versorgung des Patienten notwendig sind (allgemeine Krankenhausleistungen), auch die Frührehabilitation im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V. Nach dieser Vorschrift umfasst die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Zu den Leistungen der Frührehabilitation gehört auch die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OVG Münster, Urt. v. 22.12.2012 – 13 A 2379/11 –, Rn. 42, juris).

Dieses Auslegungsergebnis bestätigt zudem die Entstehungsgeschichte der Vorschrift. Das OVG Münster hat diesbezüglich in seinem Urteil vom 22.12.2012 – 13 A 2379/11 –, Rn. 47 und 48, juris wie folgt ausgeführt:

„Der Gesetzgeber wollte mit der Neuregelung im Jahr 2001 dafür sorgen, dass die Chancen der medizinischen Rehabilitation konsequenter genutzt werden, und mit der verbesserten Ausschöpfung des Rehabilitationspotentials im Rahmen der Krankenhausbehandlung die Qualität der stationären Versorgung steigern. Dabei hat er gerade auch alte und multimorbide Patienten im Blick gehabt, deren Besonderheiten die hier streitige geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung Rechnung trägt. In der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 14/5074, S. 117 f.) wird im Einzelnen ausgeführt, die Rehabilitation solle von Anfang an integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung sein. Für die Feststellung des individuellen medizinischen Rehabilitationsbedarfs im Akutkrankenhaus seien Art und Schwere der Erkrankung und die individuellen Voraussetzungen wie z. B. Lebensalter und Multimorbidität des Patienten zugrunde zu legen. Über die bereits vorhandenen Rehabilitationsansätze im Krankenhaus hinaus seien zukünftig bereits bei Aufnahme in das Akutkrankenhaus der funktionelle Status, das Rehabilitationspotential und der Rehabilitationsbedarf des Patienten in die Diagnosestellung einzubeziehen und ein am individuellen Bedarf ausgerichtetes Rehabilitationskonzept in die Krankenbehandlung zu integrieren. Die medizinisch notwendigen rehabilitativen Maßnahmen im Krankenhaus seien dabei differenziert an den individuellen Voraussetzungen der Patienten auszurichten.

Auch wenn die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung [...] besonders kostenintensiv ist, rechtfertigt dies keine andere Betrachtung. Der dargelegte Sinn und Zweck der Erstreckung des Versorgungsauftrags auf Leistungen der Frührehabilitation, deren Leistungsumfang gerade die jeweiligen individuellen Verhältnisse zu berücksichtigen hat, steht einer rein kostenmäßigen Betrachtung entgegen. Es ist deshalb für die Bestimmung des Versorgungsauftrags nicht maßgeblich, dass der frührehabilitative Aufwand der Krankenhäuser im Regelfall mit den jeweiligen Krankenhausentgelten abgegolten ist (Frührehabilitation als untergeordnete Nebenleistung) und nur besonders umfassende Leistungen - wie etwa die hier streitige geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe - in eigenen DRGs (hier: DRG I41Z) erfasst wird. Im Übrigen dürften die Kosten eher steigen, wenn akut erkrankte Patienten in ein anderes Krankenhaus mit einem der jeweiligen Krankheit entsprechenden Versorgungsauftrag und zugleich geriatrischer Abteilung verlegt werden müssten oder die Verlegung gar erst nach der Akutbehandlung erfolgen könnte.“

Dem schließt sich die Kammer nach eigener Prüfung an. Überdies verhält sich der Krankenhausplan 2015 des Landes NRW – Rahmenvorgaben – (im Folgenden: Krankenhausplan), der zur Bestimmung des Versorgungsauftrags ergänzend heranzuziehen ist, zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung nicht. Zwar wird in Nr. 2.5.2 die Frührehabilitation definiert und das Ziel einer indikationsübergreifenden Frührehabilitation formuliert. In Anhang F zum Plan und im Besonderen Teil C. 5 wird die geriatrische Frührehabilitation indes gerade nicht und anders als der Fachbereich der Geriatrie als solches als Leistungsangebot definiert, der der medizinischen Fachplanung unterliegt. Deshalb kann sie verschiedenen Fachabteilungen zugeordnet werden, ohne dass es hierfür einer konkreten Ausweisung im Feststellungsbescheid bedürfte (OVG Münster, Urt. v. 22.12.2012 – 13 A 2379/11 –, Rn. 49, juris; anders indes wenn die Leistungen der frührehabilitativen Komplexbehandlung nach dem Krankenhausplan den Plankrankenhäusern mit dem Versorgungsauftrag Fachrichtung Geriatrie zugewiesen sind wie in Schleswig-Holstein: OVG für das Land Schleswig-Holstein, Bes. v. 26.07.2016, – 3 LA 70/14 –, Rn. 8, juris und für eine Zuweisung dieser Leistung zu bestimmten Plankrankenhäusern siehe VG Bremen, Urt. v. 13.12.2018 – 5 K 1826/17 –, Rn. 47 ff., juris).

Ergänzend hierzu hat das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen eine Information zur Frührehabilitation (Stand März 2014 abrufbar unter https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/fruehreha.pdf, zuletzt aufgerufen am 01.04.2022) herausgegeben, die ergänzend zur Auslegung des Feststellungsbescheides heranzuziehen ist und die ausdrücklich klarstellt, dass alle Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen verpflichtet sind, Leistungen der Frührehabilitation zu erbringen. Die geriatrische Frührehabilitation ist damit gerade nicht an einen bestimmten Leistungsort wie eine klinikinterne Geriatrie geknüpft und wird damit gerade auch auf den Akutstationen verortet.

Eine Erschöpfung der Betten auf einer speziell für die Erbringung dieser Leistung vorgehaltenen Station indiziert indes zur Überzeugung der Kammer die Erschöpfung der Kapazitäten im verlegenden Haus. Denn die Anzahl der im Feststellungsbescheid für die Erbringung der Leistung festgesetzten Betten ist eng mit den jeweiligen Personalschlüsseln verknüpft, zumal das Mindestmerkmal im Operationen- und Prozedurenschlüssel 8-550 der geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung eine überwiegende Tätigkeit der Behandlungsleitung in der zugehörigen geriatrischen Einheit fordert. Überdies fordern die Mindestmerkmale einen *„teamintegrierten Einsatz“* der Therapiebereiche sowie ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung, das sich eng bezüglich der Behandlungsergebnisse und Behandlungsziele abzustimmen hat. Diese enge Abstimmung und der teamintegrierte Einsatz der Therapien wird zur Überzeugung der Kammer bei Erbringung der Leistung ausschließlich auf Betten der Akutstationen, die zudem in aller Regel in unterschiedlich weit entfernten verschiedenen Stationen des jeweiligen Krankenhauses liegen dürften, erheblich erschwert, was letztlich zu einer Einbuße bei der Qualität

der Behandlung der Versicherten und damit wiederum zu einer unwirtschaftlichen Leistung führt. Vor diesem Hintergrund ist die Kammer zu der Überzeugung gelangt, dass eine geriatrische Frührehabilitation bereits auf der Akutstation begonnen werden darf. Wenn allerdings absehbar ist, dass in der Folge – wie vorliegend – mangels kurzfristig verfügbarer Kapazitäten in der klinikeigenen geriatrischen Station keine Folgebehandlung auf dieser spezialisierten Station durchgeführt werden kann, ist – wie erfolgt – eine möglichst frühzeitige Verlegung in ein anderes Haus zu veranlassen.

dd) Anders als die Klägervertreter meinen, genügte der Hinweis auf den Mangel eines kurzfristig verfügbaren Platzes (in der klinikeigenen Geriatrie) in dem von dem behandelnden Chefarzt Prof. Dr. med. ….., dem Leitenden Oberarzt Dr. B. ….. und der Medizinischen Assistenten A. ……. unterschriebenen Verlegungsbrief zum Nachweis eines organisatorischen Grundes. Die Vorlage der Bettenstatistik oder von Dienstplänen ist nicht erforderlich. Es bestehen für das Gericht keine hinreichend konkreten Anhaltspunkte dafür, dass die behandelnden Ärzte und die Assistenten unwahr das Fehlen eines kurzfristig verfügbaren Platzes in der klinikeigenen Geriatrie behauptet haben. Der Amtsermittlungsgrundsatz nach § 103 SGG gebietet bei der Feststellung von Tatsachen keine Aufklärung ins Blaue hinein ohne konkrete Anknüpfungspunkte (LSG NRW, Urt. v. 19.01.2022 – L 10 KR 142/20 –, juris, Rn. 25 unter Verweis auf das Urteil der erkennenden Kammer v. 24.07.2020 – S 60 KR 1905/19 –, S. 15, nicht veröffentlicht), zumal unter Unterstellung eines möglicherweise strafrechtlich relevanten Verhaltens.

d) Jedenfalls würde das Vertretenmüssen der Pflichtverletzung nach § 280 Absatz 1 Satz 2 BGB infolge eines organisatorischen Grundes entfallen.

e) Die unbegründete Klage war mithin abzuweisen.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO.

IV. Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit § 52 Abs. 1, 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Zweigertstraße 54, 45130 Essen

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem

Sozialgericht Duisburg, Mülheimer Straße 54, 47057 Duisburg

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist und über das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können nähere Informationen abgerufen werden.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Duisburg schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

Schriftlich einzureichende Anträge und Erklärungen, die durch einen Rechtsanwalt, durch eine Behörde oder durch eine juristische Person des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihr zu Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse eingereicht werden, sind als elektronisches Dokument zu übermitteln. Ist dies aus technischen Gründen vorübergehend nicht möglich, bleibt die Übermittlung nach den allgemeinen Vorschriften zulässig. Die vorübergehende Unmöglichkeit ist bei der Ersatzeinreichung oder unverzüglich danach glaubhaft zu machen; auf Anforderung ist ein elektronisches Dokument nachzureichen. Gleiches gilt für die nach dem Sozialgerichtsgesetz vertretungsberechtigten Personen, für die ein sicherer Übermittlungsweg nach § 65a Absatz 4 Nummer 2 SGG zur Verfügung steht (§ 65d SGG).

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-06-07