

S 22 KR 336/14

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
SG Halle (Saale) (SAN)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
22
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 22 KR 336/14
Datum
25.04.2018
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 5.191,12 EUR nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 20.04.2014 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Der Streitwert wird festgesetzt auf 5.191,12 EUR.

Die Sprungrevision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über Krankenhausvergütung unter dem Gesichtspunkt des Versorgungsauftrags des Krankenhauses für die streitige geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (gfk) im Zeitraum vom 21.08. bis 12.09.2012.

Die Klägerin betreibt in ... ein Krankenhaus, welches laut Feststellungsbescheid der Krankenhausplanungsbehörde vom 24.02.2011 als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit einer Hauptfachabteilung für Innere Medizin in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen worden ist.

Seit Mitte des Jahres 2011 werden geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlungen im Sinne der OPS 8-550, 8-550.1 und 8-550.2 strukturiert durchgeführt. Die Klägerin hatte im April 2011 allen betroffenen Kassen, unter anderen auch der Beklagten, schriftlich mitgeteilt, dass sie die strukturellen Kodiervoraussetzungen für die OPS-Codes 8-550.0, 8-550.1 und 8-550.2 erfülle.

Daraufhin antworteten die Verbände der gesetzlichen Krankenversicherungen Sachsen-Anhalt mit Schreiben vom 5.5.2011:

"Wir möchten an Ihre eigene Beteiligung an der Bearbeitung der Rahmenvorgaben zur Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt erinnern, hier speziell an die gemeinsamen Vorstellungen zu den Geriatrischen Zentren. Das Geriatrische Zentrum für ihren Landkreis befindet sich am Klinikum ... in ... Wir empfehlen Ihnen statt der Schaffung eines Angebots an Ihrem Haus die Kooperation mit ... oder einem anderen geriatrischen Zentrum. Da Sachsen-Anhalt planerisch eine abgestufte Versorgung für die Versicherten vorsieht, können wir eine Aufsplittung der geriatrischen Leistungen der Region nach der Etablierung des Geriatrischen Zentrums am Basiskrankenhaus nicht mittragen. Gerade für diese Leistungen war ein geplanter Aufbau eines geriatrischen Zentrums für jeden Landkreis Konsens im Krankenhausplanungsausschuss. Wir erwarten eine Stellungnahme, daher sehen Sie bitte auch von der angekündigten Rechnungslegung ab."

Im Rahmen der Budgetverhandlungen für das Jahr 2012 wurde hinsichtlich der Berücksichtigung der Leistungen der gfk keine Einigung erzielt. Die Klägerin rief aufgrund der ablehnenden Haltung der Krankenkasse die Schiedsstelle nach § 18 Abs. 4 KHG für die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze in Sachsen-Anhalt an, die zugunsten der Klägerin den Versorgungsauftrag für die gfk bejahte. Da der Schiedsstellenbeschluss durch das zuständige Ministerium für Arbeit und Soziales nicht genehmigt wurde, entschied die Schiedsstelle am 12.02.2015 erneut und verneinte die Berechtigung der Klägerin zur Abrechnung der Leistungen der gfk mit den OPS-Codes. Gegen die daraufhin erfolgte Genehmigung durch das zuständige Ministerium hat die Klägerin Klage vor dem Verwaltungsgericht Halle eingereicht. Das ursprüngliche verwaltungsgerichtliche Verfahren wurde zwar für erledigt erklärt, da die Schiedsstelle nochmals zusammengetreten war und einen erneuten Beschluss getroffen hatte, gegen diesen Beschluss hat die Klägerin wiederum Klage erhoben, die das Verwaltungsgericht Halle mit Urteil vom 17.8.2016 zu dem Aktenzeichen [7 A 103/15](#) HAL abgewiesen hat. Gegen diese Entscheidung des VG

hat die Klägerin beim Oberverwaltungsgericht des Landes Sachsen-Anhalt Berufung eingelegt (Aktenzeichen 1L 10/17.)

Im Krankenhausplan für Sachsen-Anhalt werden im Rahmen der Anlage 4 die Planungsschwerpunkte für Innere Medizin genannt. Das Fach Geriatrie ist hier nicht als eigenes Fach ausgewiesen. Ebenso wenig ist das Fach Geriatrie als eigenes Gebiet in den Weiterbildungsordnungen (WBO) angegeben. Nach der WBO der Ärztekammer Sachsen-Anhalt für Sachsen-Anhalt besteht die Möglichkeit, als Facharzt für Inneres nach entsprechender Weiterbildung die Schwerpunktkompetenz zu erwerben und den Titel "Facharzt für Inneres und Geriatrie" zu führen.

Im Beschluss der Landesregierung über den Krankenhausplan ab 2011 vom 30.11.2010 heißt es unter anderem: "Die Gesamtentwicklung weist darauf hin, dass es weiterhin gilt, geriatrische Angebote auszubauen und gezielt weiter zu entwickeln. Hier sind aufgrund altersbedingter Erkrankungen künftig Fallzahlsteigerungen in den Bereichen der inneren Medizin, der Chirurgie sowie der Neurologie und Psychiatrie zu erwarten." Diese Formulierung findet sich wortgleich in den Beschlüssen über die Krankenhausplanung für die Folgejahre, die jeweils in den Ministerialblättern des Landes veröffentlicht sind.

Die Rahmenvorgaben für die Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt im Sinne von § 3 Abs. 2 KHG LSA und das Geriatriekonzept des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt sehen geriatrische Zentren vor.

Unter Ziffer 4.2 der Rahmenvorgaben für die Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung wird die Versorgung in Häusern der Schwerpunktversorgung geregelt. Hier wird die Fachrichtung "Innere Medizin" genannt, eine Unterteilung in einzelne Schwerpunkte findet nicht statt. Es wird vorgegeben, dass an dem Standort weitere vier -nicht näher genannte - Facharzt- und/oder Schwerpunktkompetenzen vorzuhalten sind. Weiterhin wird in den vorgenannten Rahmenvorgaben unter Ziffer 4.4 zur Versorgung in Leistungszentren folgendes formuliert:

"Die krankenhausplanerische Anerkennung einer Leistungserbringung in Zentren, verbunden mit der Aufnahme in den Krankenhausplan, kann bei Erfüllung folgender Kriterien erfolgen:

- Das Krankenhaus leistet Schwerpunkt-, Spezial- oder universitäre Versorgung. In Krankenhäusern der Basisversorgung können Geriatrische Zentren vorgehalten werden.
- Das Krankenhaus beschäftigt dem Bedarf entsprechend Ärzte/Ärztinnen mit der entsprechenden Facharztkompetenz. Zwei dieser Ärzte/Ärztinnen müssen zusammen mindestens 60 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden sein. Zur Sicherung der medizinischen Qualität verfügt das Krankenhaus über angemessene räumliche, sächliche sowie weitere personelle Voraussetzungen.
- Das Krankenhaus weist interne und externe Maßnahmen zur fachspezifischen Qualitätssicherung, einschließlich der fachübergreifenden Kooperation nach."

Das Geriatriekonzept des Landes Sachsen Anhalt für den hier streitigen Zeitraum 2012 stammt aus dem Jahr 2009. Es regelt zu Punkt 8.2 die stationäre Versorgung.

Darin heißt es:

" 8.2.1 Vorbemerkung

Stationäre Versorgung nach den Vorgaben des [§ 39 SGB V](#) erfolgt in Krankenhäusern der Akutversorgung. Prinzipielle Maxime bei der Auswahl der stationären Therapieangebote, besonders für den sehr alten und hochbetagten Menschen, ist die Übereinstimmung von Wohnort- bzw. Familiennähe und die Vorhaltung einer angemessenen Therapie.

Um eine optimale Versorgung für geriatrische Patientinnen und Patienten zu gewährleisten, soll bei planbaren Behandlungen möglichst vorab geklärt werden, ob die medizinische Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus oder in einem Krankenhaus mit Geriatrischem Zentrum für die jeweilige Patientin oder den jeweiligen Patienten angebracht ist. Für die Einweisung ist hierzu die Kooperation und Kompetenz der einweisenden Hausärztin oder des einweisenden Hausarztes bzw. einer Ärztin oder eines Arztes mit speziellen Kenntnissen in der Geriatrie notwendig.

8.2.2 Grundversorgung an Krankenhäusern

Akut auftretende Gesundheitsstörungen führen zunächst zur Einweisung in ein Krankenhaus. Hier kann die Notfallversorgung und Stabilisierung durchgeführt werden. Finden sich nach Abschluss der Stabilisierungsphase Hinweise auf eine verminderte Selbstkompetenz, so kann die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt in einem Krankenhaus ohne geriatrisches Zentrum durch Anwendung eines geriatrischen Screenings oder durch Inanspruchnahme eines geriatrischen Konsils feststellen, ob bei der Patientin oder dem Patienten ein Rehabilitationspotential vorliegt und er von einer Verlegung in ein Krankenhaus mit Geriatrischem Zentrum profitieren würde.

8.2.3 Organbezogene Behandlung in Akutkrankenhäusern

Bestimmte organbezogene Erkrankungen und deren Therapie, z.B. Schenkelhalsfraktur oder Bypassoperationen am Herzen oder den großen Blutgefäßen, erfordern eine Primärtherapie in Krankenhäusern, die diese speziellen Kompetenzen vorhalten. Auch hier ist es in der Phase der Stabilisierung sinnvoll, die weitere Behandlungsnotwendigkeit in einer geriatrischen Einrichtung zu überprüfen. Dies erfolgt gemäß Punkt 8.2.2.

8.2.4 Geriatrisches Zentrum

Das Geriatrische Zentrum ist eine im Landeskrankenhausplan ausgewiesene Struktureinheit, die an ein Allgemeinkrankenhaus angegliedert

ist und über die strukturellen Möglichkeiten zur Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten verfügt. Hier erfolgt zusätzlich in der Akutphase einer Erkrankung eine frührehabilitative Komplexbehandlung (entsprechend den Anforderungen des OPS für die geriatrische Komplexbehandlung) durch ein Team von Ärztinnen und Ärzten, unter der Leitung einer geriatrisch weitergebildeten Fachärztin oder eines Facharztes sowie Therapeutinnen und Therapeuten unterschiedlicher Therapiebereiche wie z.B. Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie und Sozialdienst.

In allen Professionen ist nachzuweisen, dass Qualifikationen und Weiterbildungen die fachgerechte Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten garantiert.

8.2.5 Geriatrische Tagesklinik

Geriatrische Patientinnen und Patienten, die nachts und an den Wochenenden in der eigenen Häuslichkeit versorgt sind und keine vollstationäre Krankenhausbehandlung benötigen, können tagesklinisch behandelt werden.

...8.4 Geriatrisches Netzwerk

Den geriatrischen Zentren obliegt die komplexe Diagnostik und Therapie der multimorbiden und zumeist akut erkrankten geriatrischen Patientinnen und Patienten in enger Kooperation mit den anderen Strukturen des Netzwerkes, möglichst unter Nutzung gemeinsamer Ressourcen (Befunde, therapeutische und diagnostische Möglichkeiten usw.). Gemäß den Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt (§ 3 Abs.2 KHG LSA) sollen die geriatrischen Zentren möglichst fallabschließend behandeln."

Das Konzept wird dahin umgesetzt, dass in jedem Landkreis ein Geriatrisches Zentrum vorgehalten wird. Das Zentrum für den ..., in dessen Gebiet die Klägerin ihren Sitz hat, befindet sich im Klinikum in ..., was ein Krankenhaus der Basisversorgung ist.

Das Krankenhaus der Klägerin behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte 1927 geborene ... (im Folgenden: Versicherte) vom 21.08. bis 12.09.2012 stationär.

Die Aufnahme erfolgte zunächst als Notfall in der Unfallchirurgie, nachdem die Versicherte im häuslichen Bereich gestürzt war und sich eine Femurfraktur zugezogen hatte. Nach operativer Versorgung erfolgte am 29.08.2012 die Verlegung auf die geriatrische Station.

Die Klägerin berechnete für die Behandlung die Fallpauschale - Diagnosis Related Group - (DRG) I34Z, - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe- und stellte am 22.06.2012 eine entsprechende Rechnung.

Die Beklagte bezog sich auf das o.g. Schreiben der Verbände vom 05.05.2011 und verwies darauf, dass aus dem seit 10.05.2010 vorliegenden Gutachten hervorgehe, dass die Mindestmerkmale zur Erbringung von Leistungen im Zusammenhang mit geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung nicht erfüllt würden und die Klägerin nicht berechtigt sei, diese Prozedur abzurechnen. Daher werde OPS-Code 8-550.1 nicht anerkannt. Dadurch verringere sich der Abrechnungsbetrag um 5.191,12 EUR.

Das Gericht hat das vorliegende Klageverfahren von dem ursprünglich eingereichten Klageverfahren S 17 KR 58/14 und den darin geltend gemachten zwei weiteren Behandlungsfällen abgetrennt. Die Klägerin verfolgt mit ihrer am 20.03.2014 beim erkennenden Gericht eingegangenen Klage den Anspruch auf Zahlung der Differenz von 5.191,12 EUR weiter und trägt vor, sie gehe davon aus, zur Abrechnung des streitigen OPS-Schlüssels berechtigt zu sein, da es dafür nicht der Einordnung als Geriatrisches Zentrum bedürfe, sondern nur der Zulassung für die Behandlung von Patienten im Bereich Innere Medizin.

Die Klägerin trägt vor, weder dem SGB V noch den Vorschriften über die Krankenhausfinanzierung sei ein allgemeiner und abschließender Katalog möglicher Versorgungsaufträge für die an der Versorgung der Versicherten beteiligten Krankenhäuser zu entnehmen. Die konkreten Behandlungsmöglichkeiten eines Krankenhauses würden durch den ihm erteilten Versorgungsauftrag bestimmt. Für Plankrankenhäuser, wie das der Klägerin, sei zur Bestimmung des Versorgungsauftrages primär der geltende Krankenhausplan in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung maßgeblich. Der Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt in Verbindung mit dem Feststellungsbescheid der Krankenhausplanungsbehörde weise dem von der Klägerin betriebenen Krankenhaus unter anderem eine Hauptabteilung für Innere Medizin zu. Nach der Weiterbildungsordnung für Ärzte des Landes Sachsen-Anhalt stelle die Geriatrie einen Teilbereich der Inneren Medizin dar und gehöre mithin zu dem vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungsspektrum.

Der Versorgungsauftrag eines Fachgebietes beinhalte auch die hierzu existierenden Teilgebiete/Schwerpunkte. Der Aufgabenbereich der Inneren Medizin sowie der zugehörigen Abteilungen sei weit gefasst und umfasse u.a. auch die Behandlung der für das höhere Lebensalter typischen Erkrankungen. Nach Maßgabe der im Land Sachsen-Anhalt geltenden Weiterbildungsordnung sei die Geriatrie gerade nicht als eigenständiges Gebiet ausgewiesen; auch sei eine eigenständige Facharztbezeichnung nicht vorgesehen. Eine geriatrische Fachkompetenz könne nur im Rahmen einer fakultativen Weiterbildung nach Erlangung der Facharztanerkennung "Innere Medizin" bzw. als Zusatzbezeichnung "Geriatrie" erworben werden.

Demzufolge fielen die bei der Versicherten durchgeführten geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen in den Fachbereich der Inneren Medizin, für den die Klägerin einen Versorgungsauftrag habe.

Der Umstand, dass die Rahmenvorgaben für die Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt im Sinne von § 3 Abs. 2 KHG LSA und das Geriatriekonzept des Ministeriums für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt geriatrische Zentren vorsähen, spreche nicht dagegen.

Die Rahmenvorgaben (s.o.) regelten an keiner Stelle, dass eine Leistungserbringung in bestimmten Fachrichtungen zwingend in einem hierfür speziell ausgewiesenen Leistungszentrum erbracht werden müsse. Die Etablierung von Leistungszentren auf der

krankenhausplanerischen Ebene führe nicht dazu, dass die fraglichen Leistungen auf der Vergütungsebene nur in diesen Leistungszentren erbracht und abgerechnet werden dürften. Die Festlegungen des Krankenhausplanes seien zu wenig aussagekräftig, um den genauen Inhalt des Versorgungsauftrages des jeweiligen Krankenhauses zu bestimmen. Vielmehr würden unter der Ziffer 5.2.6 der Rahmenvorgaben für die Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt im Sinne von § 3 Abs. 2 KHG LSA die Schwerpunkte des Gebietes der Inneren Medizin abschließend aufgezählt: ...Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Gastroenterologie, Geriatrie, Hämatologie und Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie." Des Weiteren sähen die Rahmenvorgaben vor, dass "für die stationäre geriatrische Versorgung in einem Zentrum (.) spezielle Rahmenvorgaben einzuhalten (§ 4.6.6)." seien. Dies zeige den Willen der Krankenhausplanungsbehörde - hier des Ministeriums für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt - dass eine geriatrische frührehabilitative Versorgung von Patienten gerade auch in Krankenhäusern ohne ein geriatrisches Zentrum erbracht werden könne, für die Versorgung in einem solchen Zentrum jedoch weitere, über das normale Maß einer geriatrisch frührehabilitativen Behandlung hinaus gehende Voraussetzungen zu erfüllen seien.

Selbst wenn im Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt der Bereich Geriatrie gesondert ausgewiesen wäre, wäre dies für die Frage, ob die Klägerin zur Erbringung und Abrechnung der geriatrischen Komplexbehandlung berechtigt ist, unerheblich.

Vielmehr sei die Weiterbildungsordnung grundsätzlich für die Beurteilung maßgebend, ob eine streitige Behandlung in einer bestimmten Abteilung durchgeführt werden könne (SG Duisburg, 30.04.2010, [S 9 KR 195/07](#)). Eine Einschränkung des Versorgungsauftrages für das Fachgebiet der Inneren Medizin bestehe -wie oben ausgeführt- nach der Weiterbildungsordnung aber nicht. Solange eine Behandlung dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entspreche, sei ihre Abrechenbarkeit mit dem bestehenden Regelungssystem vereinbar, auch wenn sie in der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung der Entgeltvereinbarung keine Berücksichtigung gefunden habe. Auch das Geriatrie-Konzept des Landes Sachsen-Anhalt (Stand: März 2009) rede nur von möglichen Vorstellungen zur Verbesserung der Versorgung alter, kranker Menschen. Eine zwingende Vorgabe, dass geriatrische frührehabilitative Leistungen nur in dazu gesondert ausgewiesenen Leistungszentren erfolgen dürften, finde sich dort nicht. Vielmehr werde hervorgehoben, dass die Versorgung geriatrischer Patienten wohnortnah erfolgen solle, die Zuweisung der Patienten in ein bestimmtes geriatrisches Zentrum sei gerade nicht vorgegeben.

Schließlich spreche bereits die Regelung in [§ 39 Abs. 1 S. 3](#) 2. Halbsatz SGB V, der zufolge im Rahmen der akutstationären Behandlung ein Anspruch auf die im Einzelfall erforderliche und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzende Leistung zur Frührehabilitation bestehe, dafür, dass die Erbringung geriatrisch frührehabilitativer Leistungen vom Versorgungsauftrag der Klägerin umfasst sei und zur Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser gehöre. Soweit Überschneidungen des Leistungsspektrums zwischen verschiedenen Fachabteilungen bestünden, dürfe nach höchstrichterlicher Rechtsprechung (vgl. hierzu: Urteil des BSG vom 24.07.2003, Az: [B 3 KR 28/02 R](#)) die Leistung in beiden Fachgebieten vorgenommen werden, wenn diese vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst sei. Aus den vorgenannten Regelungen lasse sich ebenfalls nicht ableiten, dass für die Entstehung des Vergütungsanspruchs die Behandlung in einer Abteilung für Geriatrie zwingend vorausgesetzt sei.

Es bleibe daher festzuhalten, dass die Klägerin sich mit der Erbringung geriatrisch frührehabilitativer Leistungen auf einer nicht gesondert ausgewiesenen Abteilung für Geriatrie innerhalb des ihr übertragenen Versorgungsauftrages bewegt habe. Dementsprechend habe sie den sich aus der Abrechnung der jeweiligen Prozedur ergebenden Vergütungsanspruch.

Die Klägerin nimmt ausdrücklich Bezug auf die Dokumentation der durchgeführten Behandlungen in den Bereichen Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, sowie psychische Betreuung, aktivierende Pflege und die wöchentlichen Teambesprechungen, sowie die verschiedenen Assessments, wie sie sich aus der eingereichten Patientenakte ergeben.

Auch der MDK habe festgestellt, dass die Leistungen, die die Kodierung des streitigen OPS bedingten, vollständig erbracht worden seien.

Der Zinsanspruch der Klägerin ergebe sich aus der Budgetvereinbarung für das Jahr 2012.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 5.191,12 EUR nebst Verzugszinsen in Höhe von 4 %-Punkten pro Jahr über dem Basiszinssatz seit dem 20.03.2014 (Rechtshängigkeit) zu zahlen,

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie geht davon aus, dass die frührehabilitative Komplexbehandlung zu Unrecht kodiert worden sei.

Die mit diesem OPS verschlüsselte Behandlungsleistung, OPS 8-550.1 (geriatrische

frührehabilitative Komplexbehandlung: mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten) werde nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst.

Gemäß § 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG dürften Entgelte für Krankenhausleistungen, außer bei der Behandlung von Notfallpatienten, nur im Rahmen des Versorgungsauftrages berechnet werden. Der Versorgungsauftrag ergebe sich aus den Feststellungen des Landeskrankenhausplanes in Verbindung mit dem Feststellungsbescheid nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG. Durch die Umsetzung der Rahmenvorgaben und Planungskonzepte des Krankenhausplanes werde jedem Krankenhaus ein genau definierter Aufgabenbereich zugewiesen. Ziel sei eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit aller Krankenhäuser des Planungsgebietes. Auf Grundlage des neuen Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt (KHG LSA) weise der von der Landesregierung beschlossene Krankenhausplan ab 2005 die Krankenhäuser mit Standorten und Fachgebieten aus, auf das Kriterium "Planbett" sei verzichtet worden. Der hier maßgebliche Landeskrankenhausplan sehe in Anlage 2 vor, dass sog. Zentren für den Bereich Geriatrie gebildet würden. Wie klägerseitig richtig

festgestellt, sei für das Teilgebiet Geriatrie in der Anlage 4 zum Landeskrankenhausplan -anders als für die übrigen Teilgebiete der Inneren Medizin- kein Planungsschwerpunkt vorgesehen.

Damit sei offensichtlich, dass durch den Landeskrankenhausplan das Teilgebiet Geriatrie nicht in die Schwerpunktplanung einbezogen worden, sondern die geriatrischen Behandlungen den gebildeten Zentren, wie sie Anlage 2 vorsehe, vorbehalten seien.

Soweit sich das Gericht auf die Entscheidung des BSGE vom 23.06.2015 -B1 KR 21/14 R- beziehe, sei diese nicht einschlägig. Die Oberverwaltungsgerichte der Bundesländer mit bestehenden Krankenhausplänen hätten sich zum Teil bereits intensiv mit der durch das Gericht zitierten Rechtsprechung des BSG auseinandergesetzt und kämen zu dem Schluss, dass sich das BSG hinsichtlich der gfK gerade nicht mit der Frage einer potentiellen landesrechtlichen Einschränkung des generellen Versorgungsauftrages aufgrund einer bestehenden Krankenhausplanung auseinandergesetzt habe, wie z.B. das OVG Schleswig Holstein 26.07.2016 ([3 LA 70/14](#), zitiert nach juris). Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass über [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) ein eigenständiger, vom Krankenhauszulassungsrecht losgelöster Versorgungsauftrag für die gfK begründet werden solle. Das BSG verweise insoweit auf Urteile aus Nordrhein-Westfalen und Hamburg, wobei es sich um Bundesländer handle, die keine entsprechende Krankenhausplanung mit einer Schwerpunktbildung für Geriatrie hätten. Es könne daher nicht der Rückschluss gezogen werden, dass es auf eine landesrechtliche Einschränkung des Versorgungsauftrages nicht ankomme. Dies gelte umso mehr, soweit das BSG im selben Absatz (Rn. 17) hinsichtlich des Fehlens einer Altersgrenze davon spreche, dass keine landesrechtlichen (Krankenhausplan-) Regelungen vorlägen, die bundeseinheitliche Vorgaben ([§ 39 SGB V](#)) begrenzen würden. Daraus ergebe sich jedoch, dass das BSG sehr wohl von einer Möglichkeit der Begrenzung des Versorgungsauftrages durch landesrechtliche Regelungen ausgehe, denn andernfalls müsste es aus dem Fehlen solcher Regelungen in NRW nicht den legitimen Bedarf ableiten, im Rahmen des OPS qualitative Strukturvorgaben zu regeln. Dem BSG könne auch nicht unterstellt werden, es habe den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser für die Geriatrie über landesrechtliche Festlegungen hinweg erweitern wollen. Das BSG entscheide in ständiger Rechtsprechung, dass sich die konkreten Behandlungsmöglichkeiten eines Krankenhauses durch den ihm erteilten konkreten Versorgungsauftrag bestimmten, wobei es für den Umfang des Versorgungsauftrages stets auf den [§ 8 Abs. 1 Satz 4 KHEG](#) verweise. Das BSG befinde sich dabei im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts mit Hinweis auf die Kompetenzverteilung zwischen dem Bund und den Ländern nach [Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 a GG](#); es könne daher nicht davon ausgegangen werden, dass sich das BSG über diese langjährige höchstrichterliche Rechtsprechung hinwegsetzen und wegen der gfK einen dritten Zulassungsweg für Krankenhäuser neben der Planaufnahme und einem Versorgungsauftrag eröffnen wolle. Es sei vielmehr davon auszugehen, dass sich aus dem Krankenhausplanungsrecht eine normative Einschränkung des Krankenhausentgeltrechts ergebe. Dazu verweise das Land Sachsen-Anhalt in dem vor dem OVG anhängigen Klageverfahren ausdrücklich darauf, dass sich aus den Bestimmungen des [§ 39 SGB V](#) kein genuines Recht der Krankenhäuser, die über eine Innere Medizin verfügten, ergebe, die gfK abzurechnen. Die Rechtsprechung des BSG könne dahingehend verstanden werden, dass sie Mindestqualitätsstandards für die Erbringung und Abrechnung der Leistung voraussetze. Die Festsetzung von Zusatzvoraussetzungen für die Leistungserbringung führe zur bereits oben genannten Fragestellung nach der Reichweite der Planungshoheit des Landes. Mit diesem Aspekt habe sich das BSG bislang nicht auseinandergesetzt. Die Bildung geriatrischer Zentren sei Gegenstand der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt. Den Versorgungsauftrag für die Durchführung geriatrischer Komplexbehandlungen hätten also nur und ausschließlich die im Krankenhausplan als geriatrisches Zentrum ausgewiesenen Krankenhäuser. Dies ergebe sich schon aus dem Geriatriekonzept des Landes. Rechtsverbindlich werde diese Planung durch die Rahmenvorgaben (s.o.) für die Versorgung und Qualitätsziele, in denen die Voraussetzungen für Zentren definiert seien.

Die Krankenhausplanung des Landes Sachsen-Anhalt definiere eigene Kriterien, die noch über die Qualitätskriterien des OPS hinausgingen. Dadurch werde die Krankenhausbehandlung optimiert und die Notwendigkeit einer anschließenden zusätzlichen Rehabilitation vermieden. Diese Lösung diene dem Patienten und schone die Ressourcen der Solidargemeinschaft.

Der von der Beklagten eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hat auf der Grundlage der von der Klägerin dem Gericht überlassenen und an die Beklagte weitergeleiteten Patientenakte mit gutachterlicher Stellungnahme vom 19.01.2018 mitgeteilt, dass die gemäß OPS-Katalog erforderlichen Mindestmerkmale des OPS-Schlüssels 8-550.1 den Unterlagen vollumfänglich zu entnehmen seien und die Behandlung der Versicherten in dem gesamten Zeitraum medizinisch notwendig gewesen sei.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Weiteren wird ergänzend auf die eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen, sowie auf die Patientendokumentation und die Verwaltungsakte der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Die Klage hat vollen Erfolg.

Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (vgl. z.B. [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr. 13](#), RdNr 9 mwN; [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr. 17](#), RdNr 12) und begründet.

I. Der Klägerin steht wegen der stationären Behandlung der Versicherten der gesamte abgerechnete Betrag zu, so dass der bislang nicht gezahlte Betrag von 5.191,12 EUR noch offen ist, da der streitige OPS 8 550.1 zur Bestimmung der DRG zu heranzuziehen war, so dass zutreffend die DRG I34Z abgerechnet worden ist.

Die Klägerin erfüllte die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie die Versicherte vom 21.08. bis 12.09.2012 stationär behandelte.

Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung -wie hier- in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und zusätzlich i.S. von [§ 39 Abs. 1 S 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist.

Der Ausgangspunkt ist zunächst der Behandlungsanspruch der Versicherten.

Die Behandlung der Versicherten in einem Krankenhaus war medizinisch erforderlich, da nach der erlittenen Femurfraktur keine ambulante

oder teilstationäre Behandlung in Betracht kam. Auch die nachfolgende gfK war medizinisch erforderlich, um das Selbsthilfedefizit der Versicherten zu beheben.

Es hat eine Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich) stattgefunden, die Leitung oblag der Oberärztin mit dieser Qualifikation Dr., die die wöchentlich dokumentierten Teambesprechungen geleitet hat. Aus der von der Klägerseite ausdrücklich in Bezug genommenen Patientendokumentation ergibt sich, dass am 29.08.2012 (zu Beginn der Behandlung) ein standardisiertes geriatrisches Assessment in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und am Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität) erfolgt ist.

Auch die wöchentlichen Teambesprechungen unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele ergeben sich aus der Dokumentation.

Ebenfalls ist ersichtlich, dass die aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal gegeben war.

Der teamintegrierte Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie an mindestens 14 Behandlungstagen und mit 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten ist durch die Dokumentation belegt.

Die Klägerin hat mithin die notwendigen Therapiemaßnahmen der frührehabilitativen Behandlung nach Anzahl und Dauer erbracht, mit der Oberärztin Dr. eine ärztliche Leitung mit der Facharztausbildung Innere Medizin und der Zusatzbezeichnung Geriatrie in das geriatrische Team eingebunden, sowie die wöchentlichen Teamkonferenzen unter Beteiligung aller Disziplinen dokumentiert.

Dies bestätigen auch die Feststellungen des MDK, der unter Auswertung der eingereichten Patientenakte alle Strukturmerkmale des OPS-Codes als gegeben angesehen hat.

II.

Die Beklagte war auch nicht durch einen fehlenden Versorgungsauftrag an der Abrechnung des OPS gehindert.

Das Geriatriekonzept des Landes Sachsen-Anhalt beschränkt den Versorgungsauftrag der Klägerin nicht dadurch, dass bei ihr kein Geriatrisches Zentrum eingerichtet ist.

Zu den von der Klägerin zu erbringenden –und abzurechnenden– allgemeinen Krankenhausleistungen gehört gem. § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 5 KHEntgG die (Früh-) Rehabilitation, also auch eine Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung i.S.d. OPS 8-550.

1. Für die stationäre Versorgung gilt, dass zugelassene Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet sind, [§ 109 Abs. 4 S. 2 SGB V](#). Dieser Grundsatz beinhaltet eine Behandlungspflicht, setzt aber auch Grenzen, z.B. für nicht erforderliche Behandlungen (vgl. BSG, 14.10.2014 - [B 1 KR 27/13 R](#), Rn. 10 ff - zitiert nach juris) sowie die Grenzen, die aus dem Versorgungsauftrag selbst resultieren. Mit dem Versorgungsauftrag werden Art, Inhalt und Umfang der Leistungen festgelegt, mit denen das Krankenhaus zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen ist und die es gegenüber den Patienten oder deren Kostenträgern abrechnen kann (BSG, 24.1.2008 - [B 3 KR 17/07 R](#), Rn. 17 sowie 23.6.2015 - [B 1 KR 20/14 R](#), Rn. 8 ff - zitiert jeweils nach juris).

2. Der Versorgungsauftrag selbst ist nicht gesetzlich definiert (BSG, 27.11.2014 - [B 3 KR 1/13 R](#), Rn. 10 - zitiert nach juris). Auch die Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsrechts, sowie die Landesbestimmungen von Sachsen-Anhalt zum Krankenhausrecht enthalten keine eigenständige Legaldefinition.

Für Krankenhäuser, die nach [§ 108 Nr. 2 SGB V](#) aufgrund ihrer Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) regelt [§ 109 Abs. 1 Satz 2](#), 2. Halbsatz SGB V, dass die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan nach § 8 Abs. 1 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes den Abschluss des Versorgungsvertrages ersetzt.

Aus den gesetzlichen Bestimmungen, die den Begriff "Versorgungsauftrag" verwenden, folgt, dass der Versorgungsauftrag Rückschlüsse darauf zulassen muss, welche medizinischen Leistungen ein Krankenhaus erbringen darf und muss ([§ 39 Abs. 1 S. 3](#), [§ 109 Abs. 4 S. 2 SGB V](#)) sowie über welche diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten es zu verfügen hat ([§ 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#)). Ferner ergibt sich aus [§ 109 Abs. 3](#) und 4 SGB V, dass der Versorgungsauftrag sowohl die Leistungskapazität als auch die Leistungsstruktur umfasst.

Die Vorschriften über die Zulassung zur Krankenhausversorgung sind von dem Ziel geleitet, die begrenzten finanziellen Mittel zur Krankenhausfinanzierung und zur Gewährung der laufenden Versorgung sparsam einzusetzen, was bei Überkapazitäten gefährdet wäre. Deshalb ist der Anspruch auf Beteiligung an der Versorgung nach [§ 109 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V](#) bedarfsgebunden. Die Zulassung ist abhängig von dem konkreten Versorgungsbedarf im Einzugsbereich des Krankenhauses, auf den bezogen im Zulassungsfall ein konkreter Versorgungsauftrag festzulegen ist. Vor diesem Hintergrund ist unter "Versorgungsauftrag" die Festlegung von Art, Inhalt und Umfang der Leistungen zu verstehen, die das Krankenhaus während der Dauer seiner Zulassung für die Versicherten zu erbringen hat (BSG 27.11.2014 - [B 3 KR 1/13](#), Rn. 14 mwN - zitiert nach juris).

Die Krankenhausbehandlung umfasst 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, insbesondere ärztliche Behandlung ([§ 28 Abs. 1 SGB V](#)), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation ([§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) idF durch [Art 5 Nr. 11 SGB IX](#) - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.6.2001, [BGBl. I 1046](#)).

Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 iVm § 8 Abs. 1 S 3 KHG sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach [§ 109 Abs. 1 S 4 SGB V](#) (§ 8 Abs. 1 S 4 Nr. 1 KHEntgG).

"§ 3 KHG LSA

Krankenhausplanung

(1) Die zuständige Behörde stellt den Krankenhausplan auf, der von der Landesregierung beschlossen wird. Der Krankenhausplan ist im Ministerialblatt für das Land Sachsen-Anhalt zu veröffentlichen. Er legt auf der Basis der Rahmenvorgaben nach Absatz 2 mindestens Krankenhäuser mit Standorten, Versorgungsstufen und vorzuhaltenden Fachgebieten sowie Ausbildungsstätten fest. Für die psychiatrischen Fachbereiche werden bis auf weiteres Planbetten ausgewiesen. In den Krankenhausplan sind auch die Hochschulkliniken und die berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken einzubeziehen, soweit sie der allgemeinen stationären Versorgung der Bevölkerung dienen.

(2) Die zuständige Behörde entwickelt gemeinsam mit den kommunalen Spitzenverbänden Sachsen-Anhalts und der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V. einerseits sowie den Verbänden der Krankenkassen Sachsen-Anhalts und dem Verband der privaten Krankenversicherung andererseits Rahmenvorgaben, unter Berücksichtigung der Hochschulkliniken, für Versorgungs- und Qualitätsziele. Entwickeln die Beteiligten nach Satz 1 nicht innerhalb von zwei Jahren Rahmenvorgaben, bestimmt diese die zuständige Behörde."

Ausweislich der auf dieser Grundlage entwickelten Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt ist das Ziel der Planung eine ausreichende, qualitätsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen. Diese erfolgt standortbezogen und gibt die Fachgebiete entsprechend der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt vor. Hierzu gehören auch die Bildung von Leistungsschwerpunkten und die Ansiedlung von Leistungen mit besonders hohem Investitionsaufwand an Krankenhäusern der universitären sowie der Schwerpunkt- und Spezialversorgung entsprechend dieser Rahmenvorgaben (Ziffer 5 Abs. 2 der Rahmenvorgaben). Weiter heißt es zu Absatz 3 der Rahmenvorgaben, die Vorgabe von Fachgebieten und ausgewählten Leistungen sei für eine flächendeckende, ausgewogene Krankenhausversorgung unerlässlich. Die Fachgebiete stellten den Rahmen dar, den die Vertragsparteien mit ihren Verhandlungen und den Abschlüssen der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen ausfüllten.

Die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt weist im Bereich der Inneren Medizin zunächst die Basisweiterbildung für den FA Innere Medizin aus, die

Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin (Internist/Internistin) mit dem Weiterbildungsziel

der Erlangung der Facharztkompetenz Innere Medizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung.

Sodann werden weitere Facharztbezeichnungen im Bereich der Inneren Medizin und Angiologie, Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie, Innere Medizin und Gastroenterologie, Innere Medizin und Geriatrie etc. mit jeweils zusätzlichen Weiterbildungsinhalten aufgeführt, die eine zusätzliche Weiterbildung von 12 Monaten in dem jeweiligen Gebiet vorsehen.

Daraus ergibt sich, dass es in Sachsen-Anhalt kein von der inneren Medizin losgelöstes Gebiet der Geriatrie gibt, sondern diese Teil der Inneren Medizin ist und die

Fachärztin für Innere Medizin und Geriatrie (Geriatler/Geriatlerin) die Facharztkompetenz Innere Medizin und Geriatrie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte einschließlich der Inhalte der Basisweiterbildung erlangt (Weiterbildungszeit: 72 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon 36 Monate in der stationären Basisweiterbildung im Gebiet Innere Medizin und 36 Monate Weiterbildung in Geriatrie, davon 6 Monate internistische Intensivmedizin, die auch während der Basisweiterbildung abgeleistet werden können).

Die "Geriatrie" stellt also kein eigenständiges Fachgebiet dar, sondern es handelt sich um eine "Zusatz-Weiterbildung", die gem. § 1 Abs. 1 WBO 2010 eine Spezialisierung darstellt, die auf der Qualifikation als Facharzt aufbaut. Daher definiert die Zusatz-Weiterbildung kein Fachgebiet, sondern nun eine Spezialisierung in demselben, so dass diese Zusatzweiterbildung nicht zur inhaltlichen Bestimmung des Versorgungsauftrags herangezogen werden kann (i.E. ebenso SG Aachen, Urteil vom 23. April 2013 S [13 KR 212/12](#) -, juris Rn. 19 und SG Fulda, Urteil vom 21.07.2016, [S 4 KR 1115/11](#), zitiert nach juris).

Ausweislich des Feststellungsbescheides der Krankenhausplanungsbehörde vom 24.02.2011 wurde das Krankenhaus der Klägerin auch ab 2011 in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen.

Zur Versorgungsstufe wird in dem Feststellungsbescheid das Krankenhaus der sog. Schwerpunktversorgung zugeordnet. Es erhielt u.a. auf dem Gebieten der Inneren Medizin eine Hauptabteilung. Als Planungsschwerpunkte wurden die Bereiche Chirurgie (mit Unterbereichen), die Innere Medizin mit den Unterbereichen Gastroenterologie, Hämatologie und Kardiologie, die Kinder- und Jugendmedizin, sowie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe ausgewiesen.

Weiter heißt es in dem Bescheid, die Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan erfolge auf der Grundlage von § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG sowie § 3 Abs. 1 und 2 KHG LSA. Die "Rahmenvorgaben und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 Abs. 2 KHG LSA" seien mit Stand 23.08.2010 berücksichtigt worden. Mit Schreiben vom 25.8.2010 habe das Krankenhaus Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem als Ergebnis der Abstimmungsbemühungen im Planungsausschuss vorgelegten Vorschlag zur Aufnahme ihres Krankenhauses in den Krankenhausplan ab 2011 erhalten. Diesem Vorschlag habe das Krankenhaus mit Schreiben vom 13.9.2010 zugestimmt. Die Regelungen dieses Bescheides entsprächen dem vorgelegten Vorschlag. Im Weiteren enthält der Bescheid Ausführungen zum Widerruf des vorhergehenden Feststellungsbescheides vom 28.8.2008, der aufgrund der Fortschreibung des Krankenhausplanes

erforderlich gewesen sei. Auch enthält der Bescheid einen Widerrufsvorbehalt, der sich ebenfalls auf die Fortschreibung der Krankenhausplanung bezieht.

Nach der Rechtsprechung des BSG begegnet es keinen bundesrechtlichen Bedenken die Fachrichtungen im Krankenhausplan nach den Vorgaben der landesrechtlichen ärztlichen Weiterbildungsordnung auszulegen.

Daher ist davon auszugehen, dass die Auslegung des Feststellungsbescheids ergibt, dass ein Versorgungsauftrag für den –gesamten- Bereich Innere Medizin besteht, der für bestimmte Bereiche der Schwerpunktversorgung noch vertieft wird, aber nicht die übrige Versorgung etwa im Bereich der Geriatrie ausschließt.

Etwas anderes könnte nur daraus folgen, dass die Behandlung von geriatrischen Patienten allein den "Zentren" vorbehalten sein soll.

Der Beschluss der Landesregierung (MBI.LSA 2011,73) über den Krankenhausplan ab 2011 sieht in Tabellenform die Planungsschwerpunkte für Innere Medizin vor, dabei ist das Fachgebiet Geriatrie nicht erwähnt. Eine weitere Anlage in Tabellenform enthält die Übersicht über die geplanten "Zentren", wobei es sich dabei im Wesentlichen um hochspezialisierte Zentren handelt, die z.B. an den Unikliniken in Magdeburg und Halle angesiedelt sind, von denen es eines bis drei im ganzen Land gibt. Eine Vielzahl von Zentren findet sich lediglich als "Geriatrisches Zentrum" an insgesamt 14 Standorten.

Es erscheint nachvollziehbar, dass in einem vergleichsweise kleinen Bundesland wie Sachsen-Anhalt mit einer sehr ungünstigen Altersstruktur der Landesgesetzgeber versucht, planerisch Einfluss zu nehmen, um die Kosten für Geriatrische Behandlungen einzudämmen. Dies könnte dafür sprechen, dass die Behandlung von geriatrischen Patienten diesen Zentren vorbehalten sein soll. Grundsätzlich ergibt sich jedoch aus der Bildung von Zentren nicht per se, dass Patienten mit einschlägigen Erkrankungen ausschließlich dort behandelt werden dürfen. Vielmehr sind Zentren idR weiter spezialisierte Kliniken, die eine hochwertigere Versorgung anbieten und dafür üblicherweise einen sog. Zentrumszuschlag erhalten können.

Selbst wenn der Plangeber die Intention gehabt haben sollte, die Behandlung von geriatrischen Patienten den Zentren vorzubehalten, muss diese hinter die bundesgesetzlichen Regelungen zurücktreten.

Der Bundesgesetzgeber hat sowohl in [§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) als auch in § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 5 KHEntgG die Frührehabilitation zum integralen Bestandteil jeder akutstationären Behandlung erklärt, so dass die medizinisch erforderliche Frührehabilitation bereits bei der akutstationären Behandlung beginnen kann und muss. Dies ist deshalb unerlässlich, weil das Krankenhaus als Leistungserbringer nur auf diese Weise den Anspruch eines Versicherten gem. [§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) erfüllen kann. Erbrächte es die Rehabilitationsleistungen nicht, bliebe der Anspruch des Versicherten, nicht nur irgendwann, sondern "zum frühestmöglichen Zeitpunkt" entsprechend versorgt zu werden, unerfüllt.

Dieses Regelungskonzept des Bundesgesetzgebers hat gem. [Art. 31 GG](#) Vorrang vor landesrechtlichen Regelungen jeglicher Art und geht daher der Landeskrankenhausplanung vor, die ihrerseits keinen Rechtsnormcharakter aufweist (BVerwG, Urt. v. 25. Juli 1985 - [3 C 25/84](#) -, [BVerwGE 72, 38](#) ff., juris Rn. 47). Anderenfalls käme es zu einer Trennung der akutstationären Versorgung einerseits und der (Früh-) Rehabilitationsleistung andererseits. Gemäß [§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) dürfen Früh-Rehabilitationsleistungen nicht von einem Versorgungsauftrag für ein bestimmtes Fachgebiet getrennt werden.

Das ergibt sich bereits aus den Gesetzesmaterialien, da gemäß § 2 Abs. 2 S. 2 Nr. 5 KHEntgG zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch "die Frührehabilitation im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch" gehört. Diese bereits seit Einführung des KHEntgG geltende Norm ist ausweislich der Gesetzesbegründung die Konsequenz aus [§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#), der als solcher mit Einführung des SGB IX zum 1. Juli 2001 in Kraft trat. Der Gesetzesentwurf der damaligen Regierungsfractionen zum KHEntgG enthielt insoweit folgende Erwägungen ([BT-Drs. 14/6893, S. 38](#) f.):

"Die ausdrückliche Einbeziehung der Frührehabilitation im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in die allgemeinen Krankenhausleistungen beruht auf der entsprechenden Änderung des [§ 39 SGB V](#) durch das SGB IX (Artikel 5) vom 16. Juni 2001 ([BGBl. I S. 1046](#), 1098); danach umfasst die akut-stationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Soweit Fragen einer frührehabilitativen Versorgung der Patienten betroffen sind, ist diesen auch in anderen Regelungsbereichen der stationären Versorgung (z. B. Qualitätssicherung) adäquat Rechnung zu tragen."

Zu [§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) hatte die Bundesregierung in ihrem Entwurf vom 26. Januar 2001 ausgeführt (BR-Drs. 49/01, S. 357 f.):

"Die Neuregelung stellt im Grundsatz klar, dass im Rahmen der Behandlung im Krankenhaus, die bereits heute viele Elemente einer Frührehabilitation z.B. die Frühmobilisation/Motivation, die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, die psychologische Betreuung bei lebensbedrohlichen Erkrankungen und die Sozialberatung beinhaltet, zukünftig noch konsequenter die Chancen der medizinischen Rehabilitation genutzt werden sollen. Die Rehabilitation soll von Anfang an integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung sein. Ärzteschaft, Pflegepersonal und das spezifische Fachpersonal haben an dieser Aufgabe mitzuwirken.

Für die Feststellung des individuellen medizinischen Rehabilitationsbedarfs im Akutkrankenhaus sind Art und Schwere der Erkrankung und die individuellen Voraussetzungen wie z.B.: Lebensalter und Multimorbidität des Patienten zugrunde zu legen. Hierfür, sowie für Art und Umfang der medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der Krankenhausbehandlung sind Kriterien aufzustellen. Vorrangiges Ziel dieser frühen Rehabilitation im Krankenhaus ist die Wiederherstellung der Basisfähigkeiten, wozu neben der Mobilität die weitgehende Unabhängigkeit in den einfachen Aktivitäten des täglichen Lebens gehört, sowie die Kommunikation mit und die Orientierung in der Umwelt; hinzu kommen die frühzeitige Auseinandersetzung mit Fähigkeitsstörungen in der Folge von Erkrankungen/Unfällen und der frühzeitige Einstieg in das Erlernen von Bewältigungsstrategien. Soweit medizinisch erforderlich, sind auch fachspezifische Rehabilitationsansätze zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu integrieren.

Über die bereits vorhandenen Rehabilitationsansätze im Krankenhaus hinaus sind 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 sind dabei differenziert an den individuellen Voraussetzungen der Patienten auszurichten. Auch hierfür sind Kriterien zu entwickeln und die Qualität sicherzustellen. Dabei ist zu beachten, dass sowohl rehabilitative Unter- aber auch Überversorgung ausgeschlossen wird.

Das Erbringen von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation hat im Rahmen der für die jeweilige Akutbehandlung erforderlichen Verweildauer zu erfolgen. Das Krankenhaus kann und soll die Rehabilitationseinrichtung nicht ersetzen, sondern die Ausschöpfung des Rehabilitationspotentials im Rahmen der Krankenhausbehandlung verbessern bis zur Entlassung des Patienten bzw. der Fortsetzung der Rehabilitation in einer spezifischen ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung. Die Integration der medizinischen Rehabilitation in die Krankenhausbehandlung stellt vor allem eine Qualitätsverbesserung der stationären Versorgung dar. Für weitergehende Rehabilitationsziele stehen die fachspezifischen Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung."

Daraus wird deutlich, dass die Rehabilitationsmaßnahmen zwingend parallel zur akutstationären Behandlung zu beginnen haben und nicht etwa auf den Zeitpunkt einer etwaigen späteren Verlegung in eine als Geriatrisches Zentrum anerkannte Klinik verschoben werden dürfen. Es muss also, soweit geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich und möglich sind, eine zeitliche Kongruenz von akutstationärer Behandlung und Rehabilitation erfolgen.

Dies ist im Übrigen auch ausdrückliche Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit, wie sie im Schreiben vom 27. Oktober 2004 (216.43546-8) an verschiedene Kassenverbände zum Ausdruck gebracht worden ist (zitiert seitens des VG Münster Urteil vom 23.06.2010 - [9 K 249/09](#), juris Rn. 49 ff.). Aus der Vorgabe, "ein am individuellen Bedarf ausgerichtetes Rehabilitationskonzept" zu erarbeiten und anzuwenden, folgt gleichzeitig, dass die geriatrische Frührehabilitation als Spezialanwendung von dieser Regelung nicht ausgeschlossen ist. Wenn ein alter Mensch eine geriatrische Rehabilitation benötigt, ist sie im Rahmen des [§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) zu erbringen.

Dürften geriatrische Rehabilitationsleistungen nur in Geriatrischen Zentren nach dem Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt durchgeführt werden dürfen, wären solche Leistungen entgegen gesetzlicher Anordnung nicht mehr zum frühestmöglichen Zeitpunkt im Akutkrankenhaus möglich. Dies könnte dann nur verhindert werden, indem alle rehabilitationsbedürftigen Patienten in Krankenhäuser verlegt würden, die über ein geriatrisches Zentrum und gleichzeitig über einen Versorgungsauftrag für das akutstationäre Behandlungsfachgebiet verfügen.

Das erscheint im vorliegenden Fall zwar grundsätzlich möglich, würde aber bei schwereren Erkrankungen, gerade im Verhältnis zu dem hier in Betracht kommenden Klinikum Burgenlandkreis, das ein Krankenhaus der Basisversorgung ist, im Vergleich zu dem Schwerpunktkrankenhaus der Klägerin regelmäßig den Verdacht der schlechteren Versorgung entstehen lassen. Das gilt umso mehr als, dass etwa im Barmer-Krankenhausreport des Jahres 2017 festgestellt wird, dass an größeren multidisziplinär aufgestellten Krankenhäusern behandelte geriatrische Patienten die besseren Chancen haben, wieder auf die Beine zu kommen und in ihre eigenen 4 Wände zurückzukehren.

Auch die in der mündlichen Verhandlung dargestellte Verzahnung der Stationen für Unfallchirurgie und Geriatrie innerhalb eines Krankenhauses ist hilfreich, da sie einen frühestmöglichen Blick auf die multimorbiden Patienten ermöglichen und diesen Wechsel der Umgebung und Bezugspersonen im Krankenhaus, wie Ärzte und Schwestern ersparen.

Diese unmittelbare bundesrechtliche Vorgabe der Einheitlichkeit der Behandlung bindet den Landesgesetzgeber und erst recht die Landes-Krankenhausplanung, so dass es entgegen der Auffassung der Beklagten nicht auf landesspezifische Regelungen ankommen kann. Entgegen der Auffassung der Beklagten und ggf. Mitarbeitern im Ministerium für Arbeit und Soziales steht es dem Land nicht zu, die Strukturanforderungen an einzelne OPS-Schlüssel über die in den Fallpauschalen enthaltenen Vorgaben hinaus, zu erweitern.

Daher ist mit dem OVG NRW (Urteil vom 22. November 2012 - [13 A 2379/11](#), juris Rn. 57 ff.) davon auszugehen, dass die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung keine geriatrische Kernleistung ist, die ausschließlich vom Versorgungsauftrag Geriatrie umfasst wird. Unverändert verlangt der OPS 8-550 in der hier maßgeblichen Version 2012 ausdrücklich weder eine Fachabteilung für Geriatrie noch Strukturvoraussetzungen, die ohne Ausweisung einer solchen Abteilung nicht bestehen können. Insbesondere reicht die "Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich "Klinische Geriatrie" erforderlich)" aus und ist die vorgesehene Tätigkeit der fachärztlichen Behandlungsleitung überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit erforderlich, mehr jedoch nicht.

Das OVG NRW führt hierzu (ebd., Rn. 45) aus:

"Der Wortlaut des § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 KHEntgG i. V. m. [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) bietet keine Anhaltspunkte für eine solche differenzierte Betrachtung. Der Gesetzgeber stellt allein auf die individuellen Bedürfnisse ab. Maßgeblich ist, welche Leistungen der Frührehabilitation im Einzelfall erforderlich sind. Der Begriff der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung selbst stellt schon sprachlich den Bezug zur Frührehabilitation her. Die Beschränkung der Leistungen auf den »Rahmen des Versorgungsauftrags« in [§ 39 Abs. 1 Satz 3](#), 1. Halbsatz SGB V bedeutet entgegen der Auffassung der Kläger ebenfalls nicht, dass ein Versorgungsauftrag für die Geriatrie oder gar explizit für Leistungen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung bestehen muss. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 KHEntgG verweist allein bezüglich des Begriffs der Frührehabilitation auf [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) und nimmt damit lediglich auf den zweiten Halbsatz dieser Vorschrift Bezug. Darüber hinaus meint [§ 39 Abs. 1 Satz 3](#), 1. Halbsatz SGB V allein den akutmedizinisch-kurativen Versorgungsauftrag, hier: Innere Medizin, Teilgebiet Rheumatologie. Mit der Bezugnahme auf den Versorgungsauftrag wird lediglich klargestellt, dass [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) den Begriff der Krankenhausbehandlung nicht erweitert, im Fall des 2. Halbsatzes insbesondere nicht zu Lasten des Begriffs der Rehabilitationsbehandlung in den dafür vorgesehenen Einrichtungen."

Da es damit nicht vorgreiflich auf die Auslegung der landesrechtlichen Regelungen ankommt, erschien es nicht sachgerecht, den Ausgang des Verfahrens vor dem VG Halle oder nunmehr vor dem OVG abzuwarten. Im Übrigen dürfte der Prüfungsumfang des OVG den

Schiedsstellenspruch betreffend ein anderer sein, als der hier streitige Frage im Leistungsverhältnis (Vgl. dazu BVerwG vom 04.05.2017, [3 C 17/15](#), zitiert nach juris).

Auch wenn es in diesem Bereich noch weiterer Klärungen bedarf, da die Effektivität der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung umstritten ist (vgl. dazu Laag, Ulrich, Wlazik, Hölscher: Welche Qualität braucht die geriatrische Versorgung?, in BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2016, 280-297) und sich die Frage einer ausreichenden Qualitätssicherung stellt, ist derzeit keine andere Entscheidung möglich, da dazu der Gesetzgeber tätig oder die Kodierrichtlinien geändert werden müssen. Es liegt nicht in der Zuständigkeit des Landes für Sachsen-Anhalt zusätzliche Kriterien der "Qualitätssicherung" durch die Schaffung von allein für die Leistungserbringung zuständigen "Zentren" für geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen zu schaffen, zumal nicht wirklich klar wird, welche bessere Qualität in den Zentren vorgehalten wird.

Auf der Grundlage der bisherigen Regelungen bilden allein die Erfüllung der einzelnen Merkmale des OPS und die fachärztliche Leitung die Kriterien der Qualitätssicherung ab.

Daher war der Klage stattzugeben.

2. Der Zinsanspruch folgt aus der Budget- und Entgeltvereinbarung der Beteiligten.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 155 Abs. 1 S. 3 VwGO](#) i.V.m. [§ 197a SGG](#).

4. Die Zulassung der Sprungrevision folgt daraus, dass der Rechtsstreit grundsätzliche Bedeutung hat. Beim SG Halle sind derzeit ca. 750 Verfahren zwischen der Klägerin und verschiedenen Krankenkassen aus den Jahren seit 2011 anhängig, die vorrangig von der Frage des Versorgungsauftrages und der Abrechnungsbefugnis für die OPS-Schlüssel der gfK abhängen.

Da es sich nicht um eine Frage der Auslegung von Landesrecht handelt, sondern um die Frage der Entscheidung bei Kollision von Landesrecht mit Bundesrecht, ist eine Klärung durch eine Sprungrevision durchaus zielführend.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2018-07-13