
S 42 KR 2632/20

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 42 KR 2632/20
Datum	06.07.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 107/22 D
Datum	23.03.2023

3. Instanz

Datum	25.06.2024
-------	------------

Â

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 23.Â MÃrzt 2023 und des Sozialgerichts Hamburg vom 6.Â Juli 2022 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die KlÃgerin trÃgt die Kosten des Rechtsstreits.

Der Streitwert fÃ¼r das Revisionsverfahren wird auf 323,13Â Euro festgesetzt.

G r Ã¼ n d e :

I

1
Die Beteiligten streiten um die VergÃ¼tung einer Krankenhausbehandlung.

2
Ein Versicherter der beklagten Krankenkasse (KK) kam am 27.1.2018 um ca 8:40

Uhr aufgrund einer Kopfverletzung in die Notaufnahme der von der KIÄrgerin betriebenen Klinik. Ihm war eine Krankenhausbehandlung nicht zuvor vertragsÄrztlich verordnet worden. In der Aufnahmeuntersuchung diagnostizierten die KrankenhausÄrzte eine GehirnerschÄtterung. Sie empfahlen die stationÄre Aufnahme zur weiteren neurologischen Äberwachung. Der Versicherte lehnte aber die weitere Behandlung trotz medizinischer Notwendigkeit ab und verlieÄ gegen 13:40 Uhr das Krankenhaus entgegen Ärztlichem Rat.

3

Die KIÄrgerin rechnete den Aufenthalt des Versicherten als vorstationÄre Behandlung ab (323,13Ä Euro, Rechnung vom 2.3.2018). Die Beklagte verweigerte die Zahlung, weil es an einer fÄr die Abrechnung einer vorstationÄren Behandlung erforderlichen vertragsÄrztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung fehle. Die KIÄrgerin hielt dem entgegen, der in Hamburg geltende Ver trag Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung ([Ä 112 Absatz 1 SGB V](#) zu [Ä 112 Absatz 2 Nr. 1 SGB V](#)) vom 19.12.2002 (im Folgenden: Landesvertrag) lasse die Abrechnung als vorstationÄre Behandlung ohne Einweisung zu, wenn der Patient nach der Erstuntersuchung die notwendige stationÄre Behandlung eigenmächtig ablehne ([Ä 4 Abs 6 Satz 3 Landesvertrag](#)).

4

Das SG hat die Beklagte antragsgemÄÄ zur Zahlung von 323,13Ä Euro nebst 5Ä % Zinsen seit dem 20.3.2018 verurteilt (Urteil vom 6.7.2022). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurÄckge wiesen, nachdem die KIÄrgerin die Klage hinsichtlich des Zinsanspruchs fÄr den 20.3.2018 zurÄckgenommen hatte. Die von der KIÄrgerin durchgefÄhrte Erstuntersuchung sei gemÄÄ Ä 4 Abs 6 Satz 3 Landesvertrag ÄwieÄ eine vorstationÄre Behandlung abzurechnen. Danach mÄss ten Ä vergleichbar einer RechtsfolgenverweisungÄ nicht die tatbestandlichen Voraussetzungen einer vorstationÄren Krankenhausbehandlung vorliegen; die Leistung werde lediglich nach den fÄr diese Behandlung geltenden SÄtzen vergÄtet. Die landesvertragliche Regelung verletze kein Bundesrecht. Insbesondere halte sie sich im Rahmen der den Vertragsparteien nach [Ä 112 SGB V](#) eingerÄumten Regelungskompetenz. Sie betreffe nicht ambulante vertragsÄrztliche Leistungen, sondern die zur allgemeinen Krankenhausbehandlung nach [Ä 39 SGB V](#) gehÄrende Aufnahmeuntersuchung (Urteil vom 23.3.2023).

5

Die Beklagte rÄgt mit ihrer Revision eine Verletzung von [Ä 115a SGB V](#). Die Vorschrift definiere den Begriff der vorstationÄren Behandlung. Sie setze eine Ärztliche Einweisung voraus und diene als Annex der vollstationÄren Versorgung entweder ihrer Vorbereitung oder der PrÄfung, ob diese erforderlich sei. Die Voraussetzungen hÄtten nicht vorgelegen. Eine Aufnahmeuntersuchung kÄnne nicht gesondert, sondern nur als Bestandteil stationÄrer Behandlung oder im Fall einer ambulanten Notfallbehandlung durch die Notfallpauschale abgerechnet werden. KrankenhÄuser seien im eigenen Interesse verpflichtet, die Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung zu prÄfen.

6

Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 23. März 2023 und des
Sozialgerichts Hamburg vom 6. Juli 2022 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

7

Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

8

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

9

Die zulässige Revision der Beklagten ist begründet ([§ 170 Abs 2 Satz 1 SGG](#)
). Die angegriffenen Urteile des LSG vom 23.3.2023 und des SG vom 6.7.2022 sind
aufzuheben und die Klage ist abzuweisen.

10

Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden
Gleichordnungsverhältnis zwar zulässig (stRspr; vgl zB BSG vom 16.12.2008
â [B 1 KN 1/07 KR R BSGE 102, 172](#) = [SozR 42500 § 109 Nr 13](#), RdNr 9
mwN; BSG vom 30.6.2009 â [B 1 KR 24/08 R BSGE 104, 15](#) = [SozR 42500](#)
[§ 109 Nr 17](#), RdNr 12; BSG vom 17.9.2013 â [B 1 KR 51/12 R BSGE 114,](#)
[209](#) = [SozR 42500 § 115a Nr 2](#), RdNr 8), aber unbegründet. Der Klägerin
steht der geltend gemachte Vergütungsanspruch nicht zu. Es fehlt an einer
wirksamen Rechtsgrundlage. § 4 Abs 6 Satz 3 Landesvertrag ist in der
revisionsrechtlich verbindlichen Auslegung durch das LSG nicht mit Bundesrecht
vereinbar und daher nichtig (hierzu 1.). Auf eine andere Rechtsgrundlage kann der
Anspruch nicht gestützt werden (hierzu 2.).

11

1. Rechtsgrundlage für Vergütungsansprüche von DRG-Krankenhäusern
wie dem der Klägerin sind [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) (idF durch Art 1
Nr 3 des Gesetzes zur Einführung des diagnoseorientierten
Fallpauschalensystems für Krankenhäuser vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) iVm
§ 7 Krankenhausentgeltgesetz (idF durch Art 2 Nr 7 und Art 3 Nr 1 des
Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung vom 10.12.2015,
[BGBl I 2229](#)) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (idF durch Art 1
Nr 3 des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung
für psychiatrische und psychosomatische Leistungen vom 19.12.2016, [BGBl I](#)
[2986](#); vgl entsprechend BSG vom 8.11.2011 â [B 1 KR 8/11 R BSGE 109, 236](#)
= [SozR 45560 § 17b Nr 2](#), RdNr 15 f; BSG vom 28.3.2017 â [B 1 KR](#)
[29/16 R BSGE 123, 15](#) = [SozR 42500 § 109 Nr 61](#), RdNr 10) sowie die in
Ausfüllung dieser gesetzlichen Regelungen ergangenen vertraglichen
Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner.

12

Dazu gehören grundsätzlich auch Landesverträge nach [Â§Â 112 AbsÂ 1](#) und [Â 2 SGBÂ V](#). [Â§Â 112 AbsÂ 2 SGBÂ V](#) ermächtigt aber die in [Â§Â 112 AbsÂ 1 SGBÂ V](#) genannten Vertragspartner auf Landesebene nicht, über die bundesrechtlich abschließend festgelegten Entgeltarten hinausgehende Entgelt tatbestände für allgemeine Krankenhausleistungen der DRG-Krankenhäuser festzulegen. Die entsprechende Auslegung und Anwendung von [Â§Â 4 AbsÂ 6 SatzÂ 3](#) Landesvertrag durch das LSG (dazu a), die für den Senat bindend ist (dazu b), steht nicht mit höherrangigem Recht in Einklang. Ein solcher Regelungsgegenstand ist nicht von der Ermächtigungsgrundlage des [Â§Â 112 AbsÂ 2 SGBÂ V](#) gedeckt (dazu c) und steht nicht im Einklang mit den insoweit abschließenden bundesrechtlichen Vorgaben (dazu d und e).

13

a) Der auf die Ermächtigungsgrundlage des [Â§Â 112 AbsÂ 1, AbsÂ 2 NrÂ 1 SGBÂ V](#) gestützte Landesvertrag begründet durch [Â§Â 4 AbsÂ 6 SatzÂ 3](#) in der Auslegung durch das LSG einen eigenen Entgeltbestand, für den Fall, dass ein Patient nach der Erstuntersuchung die notwendige stationäre Behandlung eigenmächtig ablehnt. Die bis dahin erbrachten Leistungen sind danach grundsätzlich wie eine vorstationäre Leistung zu vergüten, wenn eine Verordnung von Krankenhauspflege gemäß [Â§Â 73 AbsÂ 2 NrÂ 7 SGBÂ V](#) nicht vorliegt. Es handelt sich um eine Vergütungsregelung für die Leistungen im Krankenhaus vor der Aufnahme des Patienten, insbesondere für die Erstuntersuchung. Nach ihrer Auslegung durch das LSG betrifft die Regelung weder ambulante noch vorstationäre Leistungen eines Krankenhauses, sondern solche iS von [Â§Â 39 SGBÂ V](#), die bei Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus Bestandteil der mit einer Fallpauschale zu vergütenden stationären Leistung wären. Es handelt sich danach um eine weitere Leistung im Bereich des [Â§Â 39 SGBÂ V](#); die Höhe der Vergütung richtet sich nach den Vorgaben für die Berechnung von vorstationären Leistungen.

14

b) Die vom LSG gefundene Auslegung der landesvertraglichen Regelung ist für den Senat verbindlich. Es handelt sich bei den Regelungen dieses landesrechtlichen Normenvertrages um Vorschriften iS des [Â§Â 162 SGG](#), deren Geltungsbereich sich nicht über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt. Die Beklagte hat nicht eine Verletzung revisiblen Rechts mit der Begründung geltend gemacht, dass in verschiedenen Landesverträgen bewusst und gewollt inhaltsgleiche Regelungen vereinbart worden seien, die eine Auslegungsbefugnis des Revisionsgerichts im Interesse der Rechtsvereinheitlichung begründen könnten ([Â§Â 164 AbsÂ 2 SatzÂ 3 SGG](#); vgl hierzu BSG vom 12.12.2023 [BÂ 1Â KR 1/23 R](#) juris RdNrÂ 27 mwN, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; BSG vom 11.5.2023 [BÂ 1Â KR 14/22 R](#) SozR 42500 [Â§Â 112 NrÂ 9 RdNrÂ 13](#) mwN). Überdies bestehen gegen die sich zwanglos aus dem Wortlaut der Regelung ergebende Auslegung durch das LSG auch keine revisionsrechtlich beachtlichen rechtlichen Bedenken (vgl zur Revisibilität bei Verletzung von bundesrechtlichen Auslegungsregeln BSG vom 25.10.2016 [BÂ 1Â KR 9/16 R](#) SozR 45562 [Â§Â 11 NrÂ 2 RdNrÂ 27](#) mwN).

15

c) Die Vereinbarung eines eigenen Entgelttatbestandes für bestimmte Krankenhausleistungen ist nicht von der Ermächtigungsgrundlage des [Â§ 112 Abs 2 SGB V](#) gedeckt. Verträge nach [Â§ 112 SGB V](#) regeln nach dessen Abs 2

insbesondere

1. die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der

a) Aufnahme und Entlassung der Versicherten,

b) Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen.

16

Zwar macht die Einleitung der Aufzählung mit dem Wort „insbesondere“ deutlich, dass die Regelungsgegenstände nicht abschließend benannt werden; inhaltlich handelt es sich aber bei den benannten Regelungsgegenständen um allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung, Verfahrens- und Preisgrundsätze, nicht aber um Vereinbarungen über Vergütungstatbestände oder Vergütungssätze. Der Landesvertrag ist auf [Â§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) gestützt. Inso weit ergibt sich die Beschränkung auf „allgemeine Bedingungen“ bereits ausdrücklich aus dem Wortlaut und bezieht sich sowohl auf allgemeine Bedingungen zur Aufnahme (Buchst a) als auch auf allgemeine Bedingungen zur Kostenübernahme und Abrechnung der Entgelte (Buchst b). Die Vergütungsregelung für die Leistungen vor einer stationären Aufnahme nach [Â§ 4 Abs 6 Satz 3](#) Landesvertrag betrifft zwar sowohl die Aufnahme der Versicherten als auch die abzurechnenden Entgelte. Dennoch wird der Rahmen der Ermächtigungsgrundlage überschritten, weil hierzu nicht nur „allgemeine Bedingungen“ geregelt, sondern ein gesonderter Vergütungstatbestand für die Aufnahmeuntersuchung geschaffen wird.

17

Insoweit enthält [Â§ 112 Abs 2 SGB V](#) keine vertragsdispositive Öffnungsklausel. Dies wäre aber erforderlich, weil [Â§ 112 Abs 1 SGB V](#) bestimmt: Die Landesverbände der KKn und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankengesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsame Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen.

18

Das Regelungssystem schließt die vertragliche Begründung eines eigenständigen Vergütungstatbestandes aus. Die gesetzliche Definition der Arten der Krankenhausbehandlung in [Â§ 39 Abs 1 SGB V](#) ist abschließend und durch eine Regelung in einem Vertrag nach [Â§ 112 SGB V](#) nicht erweiterbar. Die Vertragspartner dieser Verträge sind nicht ermächtigt, über die

bundesrechtlich abschließend festgelegten Entgeltarten hinausgehende Entgelttatbestände für unselbstständige Bestandteile allgemeiner Krankenhausleistungen der DRG-Krankenhäuser festzulegen. Durch § 4 Abs 6 Satz 3 Landesvertrag wird nicht den Anforderungen des SGB V entsprochen, sondern ihnen leistungsrechtlich (dazu d) und preisrechtlich (dazu e) widersprochen.

19

d) Mit der vom LSG vorgenommenen Auslegung des § 4 Abs 6 Satz 3 Landesvertrag wird die Krankenhausbehandlung, auf die Versicherte Anspruch haben, leistungsrechtlich abweichend von [§ 39 Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) definiert.

20

Voll und teilstationäre Krankenhausbehandlungen beginnen mit der Aufnahme ins Krankenhaus und setzen daher schon begrifflich eine Aufnahme voraus. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut des [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) sowie den Gesetzesmaterialien zu [§ 39 SGB V](#) (vgl. [BTD Drucks 12/3608 S 81 f](#)) und entspricht der ständigen Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG vom 29.8.2023 [B 1 KR 15/22 R](#) juris RdNr 14, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; BSG vom 20.3.2024 [B 1 KR 37/22 R](#) juris RdNr 15, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; zur teilstationären Behandlung vgl. BSG vom 19.6.2018 [B 1 KR 26/17 R](#) [BSGE 126, 79](#) = SozR 42500 [§ 39 Nr 30, RdNr 10, 13](#); BSG vom 19.9.2013 [B 3 KR 34/12 R](#) SozR 42500 [§ 39 Nr 20 RdNr 14](#)).

21

Nach der vom LSG vorgenommenen Auslegung des § 4 Abs 6 Satz 3 Landesvertrag ist eine Aufnahme ins Krankenhaus gerade nicht erforderlich, wenn der Patient die notwendige stationäre Behandlung eigenmächtig ablehnt. Es handelt sich ohne Krankenhausaufnahme aber nicht um eine Krankenhausbehandlung iS von [§ 39 Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#). Denn ambulante und vorstationäre Krankenhausbehandlungen erfasst die Regelung nach der Auslegung des LSG ausdrücklich nicht. Stationsäquivalente und nachstationäre Leistungen kommen nach dem Sachzusammenhang nicht in Betracht (auch die mit dem Gesetz zur Pflegepersonalbemessung im Krankenhaus sowie zur Anpassung weiterer Regelungen im Krankenhauswesen und in der Digitalisierung vom 20.12.2022, [BGBl I 2793](#), eingeführte tagesstationäre Krankenhausbehandlung kommt nicht in Betracht). Eine von [§ 39 Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) abweichende, eigene Definition der Krankenhausbehandlung verstößt gegen Bundesrecht. Denn die Definition der Krankenhausbehandlung in dieser Vorschrift ist abschließend.

22

e) Als medizinisch notwendiger Bestandteil voll- und teilstationärer Behandlung wird die Aufnahmeuntersuchung nicht gesondert, sondern mit den für die Behandlung insgesamt abrechenbaren Entgelten zugleich mitvergütet (vgl. BSG vom 18.5.2021 [B 1 KR 11/20 R](#) [BSGE 132, 137](#) = SozR 42500 [§ 109](#)

Nr. 85, RdNr. 13). Die vergütungsrechtlichen Bestandteile der allgemeinen Leistungen der Krankenhausbehandlung ergeben sich aus [§ 108 Nr. 2, § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 17b Abs. 1 KHG](#), [§§ 1, 7 KHEntgG](#).

23

Soweit das LSG in der Sache davon ausgeht, dass die Aufnahmeuntersuchung iS des [§ 4 Abs. 6 Satz 3 Landesvertrag](#) ein hier durch den Landesvertrag vergütungsrechtlich zulässig ver selbstständiger Teil teil- oder vollstationärer Behandlung ist, verstößt dies gegen [§ 7 KHEntgG](#). [§ 7 KHEntgG](#) regelt bundesrechtlich abschließend den Katalog von Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen. Diese bundesrechtlichen Vorschriften lassen – soweit nicht ausdrücklich anders gesetzlich geregelt – keinen Raum für die Vereinbarung darüber hinausgehender Entgelttatbestände auf Landesebene nach [§ 112 SGB V](#).

24

Die voll und teilstationären Leistungen der DRG-Krankenkassen werden gemäß [§ 1 Abs. 1 KHEntgG](#) nach dem KHEntgG iVm dem KHG vergütet. Nach [§ 17b Abs. 1 Satz 1](#) iVm [§ 17 Abs. 1a KHG](#) gilt in DRG-Krankenkassen für die allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges leistungsorientiertes pauschalierendes Vergütungssystem. Allgemeine Krankenhausleistungen werden nach [§ 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG](#) gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit den folgenden Entgelten abgerechnet:

1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog ([§ 9 KHEntgG](#)),
2. Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog ([§ 9 KHEntgG](#)),
3. gesonderte Zusatzentgelte nach [§ 6 Abs. 2a KHEntgG](#),
4. Zu- und Abschläge nach [§ 17b Abs. 1a KHG](#) und nach dem KHEntgG,
5. Entgelte für besondere Einrichtungen und für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden ([§ 6 Abs. 1 KHEntgG](#)),
6. Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) und [§ 2 KHEntgG](#) aufgenommen worden sind ([§ 6 Abs. 2 KHEntgG](#)),

7.

Pflegezuschlag nach [Â§ 8 Abs 10 KHEntgG](#).

25

Hierzu bestimmt [Â§ 7 Abs 1 Satz 2 KHEntgG](#), dass mit diesen Entgelten alle f¼r die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen verg¼tet werden. Es handelt sich mithin nach dem ausdr¼cklichen Wortlaut um eine abschlie¼ende Regelung (so auch Starzer in Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl 2022, [Â§ 7 KHEntgG](#) RdNr 2; Lungstras/Bockholdt, NZS 2021, 1, 5). Entgelte, die in dieser Vorschrift nicht aufgef¼hrt sind, d¼rfen f¼r allgemeine Krankenhausleistungen nicht abgerechnet werden. Das ergibt sich neben dem Wortlaut auch aus der Gesetzesbegr¼ndung. Danach zeigt die Vorschrift â¼ die Entgelte auf, die bei voll- oder teilstationãrer Behandlung in Rechnung gestellt werden k¼nnenâ¼ (BTDrucks 14/6893 S 44 zu [Â§ 7 KHEntgG](#)). â¼ Â§ 7 zeigt insbesondere mit Blick auf selbstzahlende Patienten und Patienten die Entgelte auf, die in die Rechnung des Krankenhauses eingehen. Er dient somit der Transparenz bei der Abrechnungâ¼ (BTDrucks 16/10807 S 30 zu Nr 7).

26

Schlie¼lich sprechen auch systematische Argumente daf¼r, dass der Entgeltkatalog des [Â§ 7 Abs 1 KHEntgG](#) abschlie¼end ist. Denn der Katalog betrifft alle allgemeinen voll und teilstationãren Krankenhausleistungen der DRG-Krankenkassen. [Â§ 2 Abs 1 Satz 1](#) iVm [Abs 2 Satz 1 KHEntgG](#) definiert die allgemeinen Krankenhausleistungen als solche, die unter Ber¼cksichtigung der Leistungsfãhigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit f¼r die medizinisch zweckmãÙige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. In Abschnitt 5 enthãlt das KHEntgG Vorschriften f¼r â¼ Gesondert berechenbareãrztliche und andere Leistungenâ¼. Grundsãtzlich d¼rfen danach nur die dort ausdr¼cklich genannten Leistungen, zu denen nach [Â§ 17 KHEntgG](#) die Wahlleistungen und imãbrigen belegãrztliche Leistungen geh¼ren, gesondert berechnet werden. Diese sind hier nicht einschlie¼ig.

27

Die abschlie¼ende Vorschrift des [Â§ 7 Abs 1 Satz 1 KHEntgG](#) kann nicht dadurch umgangen werden, dass dort mit enthaltene, nicht gesondert verg¼tete Leistungsbestandteile herausgel¼st und zum Gegenstand einer eigenen, nicht im Katalog enthaltenen Entgeltart gemacht werden. Dies ist mit der Regelung des [Â§ 4 Abs 6 Satz 3 Landesvertrag](#) jedoch geschehen. Im Rahmen voll- und teilstationãrer Behandlung geh¼rt die Aufnahmeuntersuchung als medizinisch notwendige Leistung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (zur teilstationãren Behandlung vgl BSG vom 19.6.2018 [B 1 KR 26/17 R BSGE 126, 79](#) = SozR 4-2500 [Â§ 39 Nr 30, RdNr 10, 13](#)), f¼r die jedoch weder eine eigene Fallpauschale noch ein sonstiges Entgelt iS von [Â§ 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 bis 7 KHEntgG](#) gesondert abgerechnet werden kann (vgl BSG vom 18.5.2021 [B 1 KR 11/20 R BSGE 132, 137](#) = SozR 42500 [Â§ 109 Nr 85, RdNr 13](#)).

28

2. Der geltend gemachte Zahlungsanspruch steht der Klägerin auch nicht aus anderen Rechtsgründen zu.

29

a) Der Klägerin steht keine Fallpauschalenvergütung nach [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 17b KHG](#), [§ 7 Abs 1 Satz 1, Abs 2](#) und [§ 9 Abs 1 KHEntgG](#) und der Fallpauschalenvereinbarung 2018 zu. Zwar entsteht nach [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) die Zahlungsverpflichtung einer KK bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch Versicherte, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)) und abgesehen von Notfällen im Rahmen von dessen Versorgungsauftrag erfolgt und im Einzelfall es von [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr; vgl BSG vom 9.4.2019 [B 1 A KR 2/18 R](#) juris RdNr 9 mwN). Die Inanspruchnahme einer voll- oder teilstationären Krankenhausbehandlung beginnt aber erst mit der Aufnahme ins Krankenhaus. Allein die im Krankenhaus der Klägerin durchgeführte Aufnahmeuntersuchung begründet keinen Anspruch auf Vergütung einer voll- oder teilstationären Behandlung, weil es hierfür einer Aufnahme des Versicherten in das Krankenhaus der Klägerin bedürfte, an der es vorliegend fehlt.

30

aa) Als Aufnahme wird die organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses verstanden. Maßgeblich ist hierfür eine Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes aufgrund eines Behandlungsplans, der regelmäßig durch die Einweisung auf eine bestimmte Station, die Zuweisung eines Bettes oder das Erstellen entsprechen der Aufnahmeunterlagen und Ähnliches nach außen dokumentiert und durch die physische und organisatorische Eingliederung des Patienten umgesetzt wird (vgl BSG vom 29.8.2023 [B 1 A KR 15/22 R](#) juris RdNr 14 ff, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; BSG vom 18.5.2021 [B 1 A KR 11/20 R](#) [BSGE 132, 137](#) = SozR 42500 [§ 109 Nr 85](#), RdNr 11 f mwN). Eine einmal auf Grundlage der Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes erfolgte physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Krankenhausversorgungssystem kann grundsätzlich nicht rückwirkend entfallen, etwa indem ein Versicherter gegen ärztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag wieder verlässt (vgl hierzu BSG vom 19.9.2013 [B 3 A KR 34/12 R](#) SozR 42500 [§ 39 Nr 20](#) RdNr 13).

31

Nach den bindenden Feststellungen des LSG hat der Versicherte es aber abgelehnt, sich stationär aufnehmen zu lassen. Zu Recht ist das LSG davon ausgegangen, dass gegen den ausdrücklichen Willen des Patienten eine stationäre Aufnahme grundsätzlich nicht erfolgen kann. Lehnt ein Patient, dem die medizinische Erforderlichkeit stationärer Behandlung hinreichend erläutert wurde, eine Aufnahme in die stationäre Versorgung ab, noch bevor die Einweisung auf der vorgesehenen Station oder die Zuweisung eines Bettes umgesetzt wurden, also bevor sich der Patient auf die entsprechende Station begibt, fehlt es an einer physischen

und organisatorischen Eingliederung des Patienten in das spezifische Krankenhausversorgungssystem. Es liegt hier mithin keine abgebrochene stationäre Behandlung am Tag der Aufnahme vor (vgl hierzu BSG vom 19.9.2013 [BÄ 3Ä KR 34/12Ä RÄ](#) SozR 42500 [Ä§Ä 39 NrÄ 20 RdNrÄ 13](#)), es fehlt vielmehr bereits an der Krankenhausaufnahme. Ä

32

bb)Ä Es ist auch nicht deshalb zu einer konkludenten stationären Aufnahme des Versicherten gekommen, weil bei einer kurzzeitigen Krankenhausbehandlung der Einsatz oder die Bereithaltung krankenhausspezifischer personeller und sÄchlicher Mittel eine hohe Intensität aufgewiesen hätte (vgl zur Notfallbehandlung: BSG vom 29.8.2023 [BÄ 1Ä KR 15/22Ä RÄ](#) juris RdNrÄ 18Ä ff, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorge sehen; zur Bereithaltung besonderer Mittel für eine Not- Sectio: BSG vom 20.3.2024 [BÄ 1Ä KR 37/22Ä RÄ](#) juris RdNrÄ 15Ä ff, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Denn solche Mittel sind hier weder zum Einsatz gekommen noch mussten sie bereit gehalten werden.

33

b)Ä Mangels vertragsÄrztlicher Verordnung kann die von der KIÄgerin erbrachte Leistung nicht als vorstationäre Behandlung iS von [Ä§Ä 115a SGBÄ V](#) abgerechnet werden. Das gilt auch dann, wenn der Versicherte von einem Rettungsdienst in die Klinik der KIÄgerin eingeliefert worden sein sollte (ausführlich hierzu BSG vom 18.5.2021 [BÄ 1Ä KR 11/20Ä RÄ](#) [BSGE 132, 137](#) =Ä SozR 42500 [Ä§Ä 109 NrÄ 85, RdNrÄ 25](#)).

34

c)Ä Ein VergÄtungsanspruch ergibt sich auch nicht aus den GrundsÄtzen des fiktiven wirtschaftli chen Alternativverhaltens. Diese GrundsÄtze finden nur innerhalb desselben VergÄtungsverhÄlt nisses Anwendung. Hieran fehlt es. Als ambulante Notfallbehandlung ist die von der KIÄgerin erbrachte Aufnahmeuntersuchung allenfalls von der KassenÄrztlichen Vereinigung aus der GesamtvergÄtung, nicht aber von der Beklagten zu vergÄten.

35

3.Ä Die Kostenentscheidung beruht auf [Ä§Ä 197a AbsÄ 1 SatzÄ 1 TeilsatzÄ 3 SGG](#) iVm [Ä§Ä 154 AbsÄ 1 VwGO](#). Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus [Ä§Ä 197a AbsÄ 1 SatzÄ 1 TeilsatzÄ 1 SGG](#) iVm [Ä§Ä 63 AbsÄ 2](#), [Ä§Ä 52 AbsÄ 1](#) undÄ 3 sowie [Ä§Ä 47 AbsÄ 1 GKG](#).

Erstellt am: 21.08.2024

Zuletzt verändert am: 21.12.2024