

## L 8 KR 202/18

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Wiesbaden (HES)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
1. Instanz  
SG Wiesbaden (HES)  
Aktenzeichen  
S 18 KR 396/16  
Datum  
01.03.2018  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 8 KR 202/18  
Datum  
31.01.2019  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Wiesbaden vom 1. März 2018 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten beider Instanzen.

Der Streitwert wird auf 156,97 € festgesetzt.

Die Revision wird nicht zugelassen.

### Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist die Vergütung einer Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Beklagten streitig.

Die Klägerin ist Trägerin der A. Kliniken in A- Stadt (im Weiteren: A.), u.a. mit einer Klinik für Notfallmedizin.

Am 4. August 2016 stellte der herbeigerufene Notarzt des Malteser Hilfsdienstes Bezirk C-Stadt bei dem bei der Beklagten Versicherten E. in seiner Wohnung neben der Verdachtsdiagnose „Gastritis mit Sodbrennen“ die Verdachtsdiagnose „AP“ (Angina Pectoris) und veranlasste laut Notfallprotokoll seinen Transport in die Notaufnahme eines Krankenhauses in Begleitung des Notarztes zur ambulanten Abklärung. Der Versicherte befand sich anschließend am selben Tag in der Zeit von 11:00 bis 14:45 Uhr in der Klinik für Notfallmedizin der A. Wegen des Verdachts auf Herzinfarkt wurde in dieser Zeit ein Monitoring durchgeführt. Mittels Laboruntersuchungen und Echokardiographie konnte ein Herzinfarkt ausgeschlossen werden. Die weitere Verdachtsdiagnose der akuten Gastritis wurde probatorisch anbehandelt. Nachdem die Beschwerden nachließen, wurde der Versicherte nach Hause entlassen.

Die Klägerin stellte der Beklagten für diese Behandlung am 5. September 2016 eine Pauschale für vorstationäre Behandlung in der Kardiologie in Höhe von 156,97 € in Rechnung.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit, die Rechnung werde zurückgewiesen. Eine vorstationäre Behandlung ohne Einweisung sei nicht zu vergüten.

Dem widersprach die Klägerin mit Schreiben vom 13. September 2016. Nach § 3 des Landesvertrags über die allgemeinen Bedingungen der KH-Behandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) sei neben der Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt im Notfall - wie vorliegend - auch die Einweisung durch den Notarzt des Rettungsdienstes möglich.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 19. September 2016 mit, vorliegend sei eine Notfallbehandlung durchgeführt worden. Verlangt werde jedoch die Vergütung einer vorstationären Behandlung nach [§ 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#). Eine solche Vergütung setze eine Verordnung von Krankenhausbehandlung durch einen Vertragsarzt oder einen sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden voraus. Eine solche Verordnung liege jedoch nicht vor.

Die Klägerin hat am 8. November 2016 Klage beim Sozialgericht Wiesbaden auf Zahlung von 156,97 € nebst Zinsen erhoben.

Die Klägerin hat ergänzend die Auffassung vertreten, vorliegend sei eine vorstationäre Behandlung vorzunehmen gewesen, da Angina Pectoris nach der ASA (Abkürzung für: American Society of Anesthesiologists)-Klassifikation in der Klasse III geführt werde, mithin eine Klasse, in der die stationäre Behandlung als notwendig angesehen werde. Ihre Notfallaufnahme sei interdisziplinär tätig und wie eine Intensivstation ausgerüstet. Das in der Zeit zwischen 11:00 und 14:45 Uhr durchgeführte Monitoring sei der Leistung einer Intensivstation

als analog anzusehen.

Die Beklagte hat ergänzend vorgetragen, die Leistungen der Klägerin seien als Notfall nach dem EBM (Abkürzung für: einheitlichen Bewertungsmaßstab) zu vergüten, die Klägerin habe jedoch eine entsprechende Berechnung verweigert.

Das Sozialgericht hat nach Anhörung der Beteiligten mit Gerichtsbescheid vom 1. März 2018 die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 156,97 € nebst Zinsen zu zahlen. Der Klägerin stehe der geltend gemachte Vergütungsanspruch für die Klärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung des Versicherten der Beklagten zu. Rechtsgrundlage hierfür sei [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) mit Verweis auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) sowie der Landesvertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#). Die vorstationäre Behandlung eines Versicherten nach [§ 115a SGB V](#) sei gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Teil der stationären Krankenhausbehandlung. Vorliegend seien die Voraussetzungen für die Abrechnung der Klärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung des Versicherten der Beklagten gemäß [§ 115a Abs. 1 Nr. 1](#) 1. Alt. SGB V i.V.m. dem Landesvertrag erfüllt. Bei Einweisung durch einen Notarzt des Rettungsdienstes, wie dies im vorliegenden Fall erfolgt sei, liege nach [§ 3 Abs. 2 Satz 2](#) des Hessischen Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) in der Regel ein Fall notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung vor. Weitere Voraussetzung für die Vergütung der Klärung der Erforderlichkeit der vollstationären Krankenhausbehandlung sei die Durchführung einer Erstuntersuchung, die hier in der Klinik der Klägerin nach der Einlieferung des Versicherten der Beklagten wegen des Verdachts eines Myokardinfarkts eine Erstuntersuchung stattgefunden habe. Der behandelnde Arzt habe festgestellt, dass eine vollstationäre Behandlung nicht erforderlich sei. Dementsprechend seien die Voraussetzungen für die Vergütung einer vorstationären Behandlung zur Klärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung i. S. des [§ 115a Abs. 1 Nr. 1](#) 1. Alt. SGB V erfüllt mit der Folge, dass die Klägerin Anspruch auf die gemäß [§ 115a Abs. 3 SGB V](#) vertraglich vereinbarte Pauschale für die vorstationäre Behandlung in der Kardiologie i.H.v. 156,97€ habe nebst einem Zinsanspruch aus [§ 10 Abs. 5 Landesvertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 288 BGB](#).

Die Beklagte hat gegen den am 7. März 2018 zugestellten Gerichtsbescheid am Montag, den 9. April 2018, die vom Sozialgericht zugelassene Berufung beim Hessischen Landessozialgericht eingelegt.

Die Beklagte vertritt die Auffassung, ihre Verurteilung zur Zahlung sei zu Unrecht erfolgt. Die Regelung des Landesvertrages werde durch die gesetzlichen Regelungen des EBM verdrängt. Das EBM enthalte eigene Ziffern zur Abrechnung der von einem Krankenhaus im Notfall erbrachten Untersuchungsleistungen. Nach den Ziffern im Kapitel 1.2 seien solche Leistungen des Krankenhauses zu vergüten, die im Rahmen der Versorgung von Notfällen erforderlich seien, ohne dass eine stationäre Aufnahme sich daran anschließe. Dem folgend hätte die Klägerin ihre Leistungen im vorliegenden Fall nach den Regelungen des EBM abrechnen müssen.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Wiesbaden vom 1. März 2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin vertritt die Auffassung, das Sozialgericht habe mit dem angefochtenen Gerichtsbescheid zutreffend entschieden. Der Landesvertrag sei gerade für Fälle wie den vorliegenden vereinbart worden. Selbst wenn man der Auffassung sei, diese seien im Hinblick auf den EBM nicht wirksam, so seien die Voraussetzungen des [§ 115a Abs. 1 Nr. 1](#) 1. Alt. SGB V erfüllt. Vorliegend sei der Versicherte der Beklagten als Notfall eingeliefert worden, nachdem der Notarzt ihn in seiner Wohnung mit Verdacht auf Angina Pectoris vorgefunden habe. Dies sei ein Kardinalsymptom der koronaren Herzkrankheit (KHK). Es habe der dringende Verdacht auf einen Herzinfarkt bestanden, der zwingend eine stationäre Aufnahme des Versicherten (ASA III) indiziere, um ggf. sofort notwendige Maßnahmen einzuleiten. Eine ambulante Abklärung wäre grob fahrlässig gewesen. Die besonderen Mittel eines Krankenhauses seien zwingend vorzuhalten gewesen. Das Notfallprotokoll stelle eine formelle Krankenseinweisung eines sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden dar. Die Einweisung habe dem Ziel der Klärung der Angina Pectoris und damit der Klärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung gedient, um den Versicherten gegebenenfalls umgehend stationär behandeln zu können. Glücklicherweise habe die vorstationäre Behandlung ergeben, dass keine stationäre Indikation bestanden habe. Deshalb habe der Versicherte nach drei Stunden wieder entlassen werden können.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis zu einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der Entscheidungsfindung des Senats gewesen ist.

#### Entscheidungsgründe

Im Einverständnis der Beteiligten entscheidet der Senat über die Berufung ohne mündliche Verhandlung ([§§ 124 Abs. 2, 153 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz – SGG –](#)).

Die Berufung der Beklagten ist zulässig und begründet. Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts kann keinen Bestand haben. Es hat die Beklagte zu Unrecht zur Zahlung in Höhe von 156,97 € nebst Zinsen verurteilt. Die Klägerin besitzt gegen die Beklagte nicht den geltend gemachten Vergütungsanspruch.

Die Klägerin hat im vorliegenden Fall keinen Anspruch auf Vergütung der Behandlung des Versicherten am 4. August 2016 als vorstationäre Behandlung im Sinne von [§ 115a Abs. 3 SGB V](#) auf der Grundlage der fachabteilungsbezogenen Vergütungspauschale nach der „Gemeinsame Empfehlung für die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach [§ 115a SGB V](#)“ vom 30. Dezember 1996, geschlossen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den (Verbänden der) Krankenkassen und im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinbarung. Die streitige Behandlung des Versicherten am 4. August 2016 in der Klinik der Klägerin war keine vorstationäre Behandlung in diesem Sinne.

Gemäß [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) kann das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung).

Die nach dem Wortlaut von [§ 115a Abs. 1 SGB V](#) geforderte „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ setzt eine begründete Verordnung eines Vertragsarztes oder eines sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden voraus (BSG, Urteil vom 17. September 2013, [B 1 KR 21/12 R](#), juris Rn. 11; Steege in Hauck/Noftz, SGB, Stand 11/17, § 115a SGB V Rn. 4) und zwar wie sie in [§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 Fall 6 SGB V](#) vorgesehen ist. Die Begrenzung auf im dargelegten Sinne vertragsärztliche Verordnungen von Krankenhausbehandlung sichert die vertragsärztliche Pflicht, Krankenhausbehandlung nur zu verordnen, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht ([§ 73 Abs. 4 S. 1 SGB V](#)). Im gleichen Sinne wirkt die damit ebenfalls abgesicherte vertragsärztliche Pflicht, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung bei der Verordnung zu begründen ([§ 73 Abs. 4 S. 2 SGB V](#)).

Das Notfallprotokoll des Notarztes des Malteser Hilfsdienstes, Bezirk C-Stadt stellt keine dementsprechende Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung nach den Regelungen des SGB V durch einen Vertragsarzt oder eines sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden dar. Vielmehr erstellte der Notarzt dieses Notfallprotokoll im Rahmen seiner Tätigkeit im Rettungsdienst nach dem Hessischen Rettungsdienstgesetz (HRDG). Der Rettungsdienst ist eine öffentliche Aufgabe der Gefahrenabwehr und Gesundheitsvorsorge und integraler Bestandteil eines umfassenden Bevölkerungsschutz in allen Situationen, in denen die Gesundheit von Menschen gefährdet ist (§ 1 Abs. 1 Satz 1 HRDG). Zur Durchführung dieser öffentlichen Aufgabe ist u.a. der Malteser Hilfsdienst im Rettungsdienst (§ 5 Abs. 2 Nr. 1e HRDG) tätig. Gem. § 3 Abs. 4 HRDG sind Notfallpatienten Personen, die sich infolge einer Erkrankung, Verletzung, Vergiftung oder aus sonstigen Gründen in unmittelbarer Lebensgefahr befinden oder bei denen diese zu erwarten ist oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn keine schnellstmögliche notfallmedizinische Versorgung oder Überwachung und gegebenenfalls eine Beförderung zu weiterführenden diagnostischen oder therapeutischen Einrichtungen erfolgt. Im Rahmen dieser Bestimmung wurde der Versicherte von dem Notarzt als Notfallpatient behandelt und in die Klinik der Klägerin verbracht.

Vor diesem Hintergrund war der Notarzt des Malteser Hilfsdienstes in der notärztlichen Versorgung und nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätig. Gem. § 3 Abs. 5 Satz HRDG ist die notärztliche Versorgung die Gewährleistung der medizinischen Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten durch entsprechend qualifiziertes ärztliches Fachpersonal. Sie umfasst gem. § 3 Abs. 5 Satz 2 HRDG die präklinische Versorgung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten, bei denen unverzüglich lebensrettende Maßnahmen durchzuführen sind, die Transportfähigkeit herzustellen ist und die gegebenenfalls in dafür ausgestatteten Rettungsmitteln in eine für die weitere Versorgung und Behandlung geeignete Einrichtung zu befördern sind. Dagegen umfasst die Tätigkeit gem. § 3 Abs. 5 Satz 4 HRDG gerade nicht den Notdienst des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Sinne des [§ 75 Abs. 1b Satz 1 SGB V](#).

Dem entsprach die vorliegend maßgebliche Tätigkeit des Notarztes wie im Notfallprotokoll dokumentiert. Der am 4. August 2016 in die Wohnung des Versicherten der Beklagten herbei gerufene Notarzt stellte bei ihm neben der Verdachtsdiagnose „Gastritis mit Sodbrennen“ die Verdachtsdiagnose „AP“ und veranlasste seinen Transport in die Notaufnahme eines Krankenhauses in Begleitung des Notarztes zur ambulanten Abklärung. Dem folgend enthält das Notfallprotokoll mit den Angaben durch Ankreuzen „Transport ins KH“ mit „Notarzt“, Zielklinik „Notaufnahme“, „ambulante Abklärung“ der Zielklinik/Patientenübergabe „Notaufnahme“ lediglich eine Dokumentation der vom Notarzt veranlassten Maßnahmen im Rahmen seiner auf dem HRDG beruhenden Tätigkeit.

Die Auffassung des Sozialgerichts, auch beim Fehlen einer ärztlichen Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung sei eine vorstationäre Krankenhausbehandlung nach dem Landesvertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) abrechnungsfähig, wenn ein Versicherter durch den einweisenden Notarzt als Notfall im Krankenhaus eingeliefert werde, wird vom Senat nicht geteilt. Der zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den (Verbänden der) Krankenkassen geschlossene Landesvertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) vom 1. Juni 2002 gilt für die besonderen Behandlungsformen der vor- bzw. nachstationären Behandlung nicht, sondern bezieht sich ausschließlich auf die „normale“ vollstationäre Behandlung (so bereits Urteil des Senats vom 28. April 2016, L 8 KR 196/15 – nicht veröff.). Denn der Landesvertrag nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) dürfte die vor- oder nachstationäre Behandlung überhaupt nicht regeln, weil für den Abschluss von Verträgen über die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach [§ 115a SGB V](#) (einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Missbrauch) die in [§ 115 Abs. 1 SGB V](#) genannten Vertragsparteien zuständig sind, zu denen neben den Verbänden der Krankenkassen, der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausesgesellschaften bzw. der Vereinigung der Krankenhausträger im Lande auch die Kassenärztliche Vereinigung gehört. Demgegenüber ist die Kassenärztliche Vereinigung bei Landesverträgen nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) nicht Vertragspartei.

Zudem dürfte ein Vertrag über die Durchführung einer vor- oder nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach [§ 115a SGB V](#) keine Regelung enthalten, die von dem in [§ 115a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) für eine vorstationäre Behandlung bundesgesetzlich normierten Erfordernis der ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung abweicht. Der Gesetzgeber legte durch Einführung des [§ 115 a SGB V](#) am 1. Januar 1993 (Art. 71 Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992, [BGBl. I S. 2266](#)) einen verbindlichen Rahmen dafür fest, vor- und nachstationär zu behandeln, um vollstationäre KH-Behandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Die Verlagerung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in die vor- und nachstationäre Phase sollte die Bettennutzung reduzieren und damit den Bettenbedarf vermindern. Damit sollten Einsparungen erzielt werden, dagegen nicht etwa neue Kosten verursacht werden, indem das Tätigkeitsfeld der Krankenhäuser auf Gebiet der vertragsärztlichen Versorgung ausgedehnt wird (BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 – [B 1 KR 28/13 R](#) -, juris, Rn. 13). Insoweit ist das Erfordernis einer Verordnung vorstationärer Behandlung durch einen Vertragsarzt im Hinblick auf das mit [§ 115a SGB V](#) beabsichtigte Ziel, den Vorrang der ambulanten Versorgung zu umgehen, grundlegende Voraussetzung für die vorstationäre Krankenhausbehandlung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung, die Streitwertfestsetzung auf [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 1](#) und 3 Gerichtskostengesetz.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft  
Aus

Saved  
2022-02-08