

B 1 KR 12/23 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 42 KR 2632/20
Datum
06.07.2022
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 107/22 D
Datum
23.03.2023
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 12/23 R
Datum
25.06.2024
Kategorie
Urteil

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

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits.

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

G r ü n d e :

I

1

Die Beteiligten streiten um die Vergütung 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 Klägerin betriebenen Klinik. Ihm war eine Krankenhausbehandlung nicht zuvor vertragsärztlich verordnet worden. In der Aufnahmeuntersuchung diagnostizierten die Krankenhausärzte eine Gehirnerschütterung. Sie empfahlen die stationäre Aufnahme zur weiteren neurologischen Überwachung. Der Versicherte lehnte aber die weitere Behandlung trotz medizinischer Notwendigkeit ab und verließ gegen 13:40 Uhr das Krankenhaus entgegen ärztlichem Rat.

3

Die Klägerin rechnete den Aufenthalt des Versicherten als vorstationäre Behandlung ab (323,13 Euro, Rechnung vom 2.3.2018). Die Beklagte verweigerte die Zahlung, weil es an einer für die Abrechnung einer vorstationären Behandlung erforderlichen vertragsärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung fehle. Die Klägerin hielt dem entgegen, der in Hamburg geltende "Vertrag Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung ([§ 112 Absatz 1 SGB V](#) zu [§ 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 (§ 4 Abs 6 Satz 3 Landesvertrag).

4

Das SG hat die Beklagte antragsgemäß zur Zahlung von 323,13 Euro nebst 5 % Zinsen seit dem 20.3.2018 verurteilt (Urteil vom 6.7.2022). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen, nachdem die Klägerin die Klage hinsichtlich des Zinsanspruchs für den 20.3.2018 zurückgenommen hatte. Die von der Klägerin durchgeführte Erstuntersuchung sei gemäß § 4 Abs 6 Satz 3 Landesvertrag "wie" eine vorstationäre Behandlung abzurechnen. Danach müssten vergleichbar einer Rechtsfolgenverweisung nicht die tatbestandlichen Voraussetzungen einer vorstationären Krankenhausbehandlung vorliegen; die Leistung werde lediglich nach den für diese Behandlung geltenden Sätzen vergütet. Die landesvertragliche Regelung verletze kein Bundesrecht. Insbesondere halte sie sich im Rahmen der den Vertragsparteien nach [§ 112 SGB V](#) eingeräumten Regelungskompetenz. Sie betreffe nicht ambulante vertragsärztliche Leistungen, sondern die zur allgemeinen Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) gehörende Aufnahmeuntersuchung (Urteil vom 23.3.2023).

5

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision eine Verletzung von [§ 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

Prüfung, ob diese erforderlich sei. Die Voraussetzungen hätten nicht vorgelegen. Eine Aufnahmeuntersuchung könne nicht gesondert, sondern nur als Bestandteil stationärer Behandlung oder im Fall einer ambulanten Notfallbehandlung durch die Fallpauschale abgerechnet werden. Krankenhäuser seien im eigenen Interesse verpflichtet, die Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung zu prüfen.

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 [B 1 KN 1/07 KR R BSGE 102, 172 = SozR 42500 § 109 Nr 13](#), RdNr 9 mwN; BSG vom 30.6.2009 [B 1 KR 24/08 R BSGE 104, 15 = SozR 42500 § 109 Nr 17](#), RdNr 12; BSG vom 17.9.2013 [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 <Fallpauschalengesetz FPG> vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) iVm § 7 Krankenhausentgeltgesetz (<KHEntgG> idF durch Art 2 Nr 7 und Art 3 Nr 1 des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung <Krankenhausstrukturgesetz KHSG> vom 10.12.2015, [BGBl I 2229](#)) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (<KHG> idF durch Art 1 Nr 3 des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen <PsychVVG> vom 19.12.2016, [BGBl I 2986](#); vgl entsprechend BSG vom 8.11.2011 [B 1 KR 8/11 R BSGE 109, 236 = SozR 45560 § 17b Nr 2, RdNr 15 f](#); BSG vom 28.3.2017 [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 [§ 112 Abs 1](#) und 2 SGB V. [§ 112 Abs 2 SGB V](#) ermächtigt aber die in [§ 112 Abs 1 SGB V](#) genannten Vertragspartner auf Landesebene nicht, über die bundesrechtlich abschließend festgelegten Entgeltarten hinausgehende Entgelttatbestände für allgemeine Krankenhausleistungen der DRG-Krankenhäuser festzulegen. Die entsprechende Auslegung und Anwendung von § 4 Abs 6 Satz 3 Landesvertrag durch das LSG (dazu a), die für den Senat bindend ist (dazu b), steht nicht im höherrangigen Recht in Einklang. Ein solcher Regelungsgegenstand ist nicht von der Ermächtigungsgrundlage des [§ 112 Abs 2 SGB 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 [§ 112 Abs 1, Abs 2 Nr 1 SGB V](#) gestützte Landesvertrag begründet durch § 4 Abs 6 Satz 3 in der Auslegung durch das LSG einen eigenen Entgelttatbestand, 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 [§ 73 Abs 2 Nr 7 SGB 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 [§ 39 SGB 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 [§ 39 SGB 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 [§ 162 SGG](#), deren Geltungsbereich sich nicht über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt. Die Beklagte hat nicht eine Verletzung revisiblen Rechts mit der Begründung gerügt, dass in verschiedenen Landesverträgen bewusst und gewollt inhaltsgleiche Regelungen vereinbart worden seien, die eine Auslegungsbefugnis des Revisionsgerichts im Interesse der Rechtsvereinheitlichung begründen könnte ([§ 164 Abs 2 Satz 3 SGG](#); vgl hierzu BSG vom 12.12.2023 [B 1 KR 1/23 R](#) juris RdNr 27 mwN, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; BSG vom 11.5.2023 [B 1 KR 14/22 R](#) SozR 42500 § 112 Nr 9 RdNr 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 [B 1 KR 9/16 R](#) SozR 45562 § 11 Nr 2 RdNr 27 mwN).

15

c) Die Vereinbarung eines eigenen Entgelttatbestandes für bestimmte Krankenhausleistungen ist nicht von der Ermächtigungsgrundlage des

[§ 112 Abs 2 SGB V](#) gedeckt. Verträge nach [§ 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 Prüfgrundsätze uä, nicht aber um Vereinbarungen über Vergütungstatbestände oder Vergütungssätze. Der Landesvertrag ist auf [§ 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 § 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

Inso weit enthält [§ 112 Abs 2 SGB V](#) keine vertragsdispositive Öffnungsklausel. Dies wäre aber erforderlich, weil [§ 112 Abs 1 SGB V](#) bestimmt: Die Landesverbände der KKn und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenträger im Land gemeinsam 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 [§ 39 Abs 1 SGB V](#) ist abschließend und durch eine Regelung in einem Vertrag nach [§ 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 DRGKrankenhäuser festzulegen. Durch § 4 Abs 6 Satz 3 Landesvertrag wird nicht den Anforderungen des SGB V entsprochen, sondern ihnen leistungrechtlich (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, leistungrechtlich 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 [BTDrucks 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 <Krankenhauspflegeentlastungsgesetz - KHPfIEG> 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 vergütungsfähigen 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 DRGKrankenhäuser 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-Krankenhäusern 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 § 8 Abs 10 KHEntgG.

25
Hierzu bestimmt § 7 Abs 1 Satz 2 KHEntgG, dass mit diesen Entgelten alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet werden. Es handelt sich mithin nach dem ausdrücklichen Wortlaut um eine abschließende Regelung (so auch Starzer in Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl 2022, § 7 KHEntgG RdNr 2; Lungstrass/Bockholdt, NZS 2021, 1, 5). Entgelte, die in dieser Vorschrift nicht aufgeführt sind, dürfen für allgemeine Krankenhausleistungen nicht abgerechnet werden. Das ergibt sich neben dem Wortlaut auch aus der Gesetzgebung. Danach zeigt die Vorschrift "die Entgelte auf, die bei voll- oder teilstationärer Behandlung in Rechnung gestellt werden können" ([BTDrucks 14/6893 S 44](#) zu § 7 KHEntgG). "§ 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 Abrechnung" ([BTDrucks 16/10807 S 30](#) zu Nr 7).

26
Schließlich sprechen auch systematische Argumente dafür, dass der Entgeltkatalog des § 7 Abs 1 KHEntgG abschließend ist. Denn der Katalog betrifft alle allgemeinen voll und teilstationären Krankenhausleistungen der DRG-Krankenhäuser. § 2 Abs 1 Satz 1 iVm Abs 2 Satz 1 KHEntgG definiert die allgemeinen Krankenhausleistungen als solche, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. In Abschnitt 5 enthält das KHEntgG Vorschriften für "Gesondert berechenbare ärztliche und andere Leistungen". Grundsätzlich dürfen danach nur die dort ausdrücklich genannten Leistungen, zu denen nach § 17 KHEntgG die Wahlleistungen und im Übrigen belegärztliche Leistungen gehören, gesondert berechnet werden. Diese sind hier nicht einschlägig.

27
Die abschließende Vorschrift des § 7 Abs 1 Satz 1 KHEntgG kann nicht dadurch umgangen werden, dass dort mit enthaltene, nicht gesondert vergütete Leistungsbestandteile herausgelöst und zum Gegenstand einer eigenen, nicht im Katalog enthaltenen Entgeltart gemacht werden. Dies ist mit der Regelung des § 4 Abs 6 Satz 3 Landesvertrag jedoch geschehen. Im Rahmen voll- und teilstationärer Behandlung gehört die Aufnahmeuntersuchung als medizinisch notwendige Leistung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (zur teilstationären Behandlung vgl BSG vom 19.6.2018 [B 1 KR 26/17 R BSGE 126, 79](#) = SozR 4-2500 § 39 Nr 30, RdNr 10, 13), für die jedoch weder eine eigene Fallpauschale noch ein sonstiges Entgelt iS von § 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 § 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 iS von [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr; vgl BSG vom 9.4.2019 [B 1 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 bedürft hätte, 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 KR 15/22 R](#) juris RdNr 14 ff, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; BSG vom 18.5.2021 [B 1 KR 11/20 R BSGE 132, 137](#) = SozR 42500 § 109 Nr 85, RdNr 11 f mwN). Eine einmal auf Grund lage der Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes erfolgte physische und organisatori sche 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 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 ausdrück lichen 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 vor gesehenen 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 Einglie derung 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 [B 3 KR 34/12 R](#) SozR 42500 § 39 Nr 20 RdNr 13), es fehlt vielmehr bereits an der Krankenhausaufnahme.

32

bb) Es ist auch nicht deshalb zu einer konkludenten stationären Aufnahme des Versicherten gekommen, weil bei einer kurzzeitigen Krankenhausbehandlung der Einsatz oder die Bereithal tung krankenhausspezifischer personeller und sächlicher Mittel eine hohe Intensität aufgewiesen hätte (vgl zur Notfallbehandlung: BSG vom 29.8.2023 [B 1 KR 15/22 R](#) juris RdNr 18 ff, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorge sehen; zur Bereithaltung besonderer Mittel für eine Not-Section: BSG vom 20.3.2024 [B 1 KR 37/22 R](#) juris RdNr 15 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) Mangels vertragsärztlicher Verordnung kann die von der Klägerin erbrachte Leistung nicht als vorstationäre Behandlung iS von [§ 115a SGB V](#) abgerechnet werden. Das gilt auch dann, wenn der Versicherte von einem Rettungsdienst in die Klinik der Klägerin eingeliefert worden sein sollte (ausführlich hierzu BSG vom 18.5.2021 [B 1 KR 11/20 R BSGE 132, 137](#) = SozR 42500 § 109 Nr 85, RdNr 25).

34

c) Ein Vergütungsanspruch ergibt sich auch nicht aus den Grundsätzen des fiktiven wirtschaftli chen Alternativverhaltens. Diese Grundsätze finden nur innerhalb desselben Vergütungsverhält nisses Anwendung. Hieran fehlt es. Als ambulante Notfallbehandlung ist die von der Klägerin erbrachte Aufnahmeuntersuchung allenfalls von der Kassenärztlichen Vereinigung aus der Gesamtvergütung, nicht aber von der Beklagten zu vergüten.

35

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 1 VwGO](#). Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2](#), [§ 52 Abs 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Saved

2024-08-21