

S 21 KR 206/21

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Frankfurt (Oder) (BRB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Frankfurt (Oder) (BRB)
Aktenzeichen
S 21 KR 206/21
Datum
08.08.2023
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 4 KR 357/23
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Von einer vollstationären Krankenhausbehandlung ist jedenfalls dann auszugehen, wenn der Patient nach der Entscheidung des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden soll. Maßgeblich ist hierbei nicht die tatsächliche Behandlungsdauer im Krankenhaus, sondern die zur Zeit der Aufnahmeentscheidung auf Grundlage des hierbei getroffenen Behandlungsplans prognostizierte (BSG, Urteil vom 29.08.2023 – [B 1 KR 15/22 R](#)).

2. Die Zuweisung in ein Bett auf einer Aufnahme- oder Zwischenstation, die Durchführung krankenhausspezifischer Diagnostik sowie Monitoring auf dieser Station mit dem Ziel, den Versicherten dort über einen Zeitraum von bis zu 24 Stunden zu beobachten, begründen für sich allein noch keine konkludente stationäre Aufnahme. Erforderlich ist, dass sich aus der Dokumentation des Krankenhauses eine ausdrückliche oder konkludente ärztliche Entscheidung über die Eingliederung des Versicherten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses ergibt.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

Die klägerische Gesellschaft betreibt ein zugelassenes Versorgungskrankenhaus, welches als solches im Landeskrankenhausplan verzeichnet und zur Versorgung gesetzlich krankenversicherter Patienten berechtigt und verpflichtet ist.

Bei der Beklagten handelt es sich um die gesetzliche Krankenkasse der am [...] geborenen Versicherten U. . Die Versicherte benachrichtigte am 10.04.2019 um 3.19 Uhr den Rettungsdienst der Landkreis B GmbH und berichtete unter anderem über Ohrensausen, Unwohlsein und starke Kopfschmerzen. Der Rettungsdienst stellte einen hypertensiven Notfall fest und verbrachte die Versicherte zunächst in das Krankenhaus der Klägerin, in welchem sie um 3.58 Uhr eintraf und um 4.02 Uhr an den behandelnden Arzt übergeben wurde. Dieser diagnostizierte eine benigne essentielle Hypertonie mit hypertensiver Krise sowie eine akute Harnwegsinfektion und wies die Versicherten ein Bett auf der „Station 2“ der Klägerin zu. Bei der Station 2 handelt es sich um eine direkt neben dem Notfallzentrum der Klägerin in „Haus 5“ des Klinikums eingerichtete und als „Aufnahmestation“ bezeichnete Station, die in dem streitgegenständlichen Zeitraum über elf Betten verfügte. Sie ist keiner konkreten Fachabteilung zugeordnet.

Bei der Versicherten wurden auf Station 2 zunächst ein Elektrokardiogramm (EKG) durchgeführt und Laborwerte erhoben. In der Zeit von 5.44 Uhr bis 8.07 Uhr wurden der Versicherten diverse Medikamente sowie eine Infusion verabreicht. Es erfolgte zudem eine kontinuierliche Überwachung. Um 7.35 Uhr wurde die Versicherte aus dem Krankenhaus der Klägerin entlassen.

In der Epikrise vom 17.04.2019 heißt es dazu:

„Die Aufnahmeentscheidung in eine mehrtägige vollstationäre Behandlung wurde aufgrund der Differentialdiagnose Hypertensive Krise getroffen. Geplante Diagnostik bzw. Intervention: Labor, Bettruhe, Überwachung. U. S. wurde über die vollstationäre Aufnahme informiert und ist einverstanden. Die Aufnahme erfolgte um 04:18 Uhr auf Station 2 ins Bett 27/T. [...]

Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen o. g. Symptomatik zur Diagnostik, Akuttherapie und zur Überwachung der kardio-respiratorischen Vitalfunktionen. In der telemetrischen Überwachung wurden keine relevanten Herzrhythmusstörungen gesehen, die Blutdruckwerte befanden sich im Verlauf wieder im Normbereich. Die vom Notarzt begonnene antihypertensive Therapie wurde fortgesetzt. [...] Die Patientin berichtet lange nicht mehr bei ihrem Hausarzt gewesen zu sein. Wir empfehlen eine zeitnahe Vorstellung bei Hausarzt und weiterführende Diagnostik [...]. Frau U. signalisierte im Behandlungsverlauf subjektiv Wohlbefinden/Beschwerdefreiheit und wird daher vorzeitig aus der stationären Behandlung in Ihre geschätzte, ambulante Weiterbehandlung entlassen.“

Die Klägerin rechnete die Kosten für die Behandlung der Versicherten in Höhe von insgesamt 780,04 Euro mit Rechnung vom 18.04.2019 unter Ansetzung der DRG F67D (Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre) gegenüber der Beklagten ab. Die Beklagte zahlte zunächst den vollständigen Betrag. Die Beklagte veranlasste in der Folgezeit die Erstellung einer sozialmedizinischen Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e. V. (MDK), der in seiner Stellungnahme vom 26.4.2019 feststellte, die Abrechnung sei nicht plausibel. Hiergegen wandte sich die Klägerin mit Widerspruch vom 12.02.2020 und führte zur Begründung aus, die Aufnahmeentscheidung des behandelnden Arztes sei folgerichtig gewesen, denn zugrundeliegende, kritische systemische Erkrankungen etwa in Form einer drohenden Endorganschädigung bei hypertensiver Entgleisung hätten zunächst nicht ausgeschlossen werden können. Anamnese und körperliche Untersuchung reichten aus, um die Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu erkennen. Im Zeitpunkt der Aufnahme der Versicherten um 4.18 Uhr im Bett 27/T der Station 2 des Klinikums sei die später mögliche, vorzeitige Entlassung der Versicherten nicht absehbar gewesen. Die stationäre Unterbringung sei auch konform mit den Richtlinien zur Krankenhauseinweisung des Gemeinsamen Bundesausschusses gewesen. Gemäß § 3 Abs. 3 jener Krankenhauseinweisungs-Richtlinie müsse die Behandlung einer akuten Erkrankung stationär erfolgen, wenn sie wegen Gefährdung von Gesundheit und Leben der Patientin nicht oder nicht rechtzeitig ambulant durchgeführt werden könne. Die nachfolgenden Untersuchungen und die Therapie der Versicherten seien im Rahmen der stationären Behandlung erfolgt. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts liege eine stationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn ein Versicherter, der nach der Entscheidung des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden solle und gleichwohl vor Ablauf von 24 Stunden in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werde, wenn die Aufnahmeentscheidung nach dem verfügbaren Kenntnis- und Wissensstand des behandelnden Krankenhausarztes und nach medizinischen Standards nicht zu beanstanden gewesen sei. Im Krankenhaus der Klägerin würden je nach Bedarf Ressourcen für ambulant oder stationär zu behandelnde Patienten vorgehalten. Im konkreten Fall habe es sich um eine Notfallbehandlung gehandelt. Darüber hinaus entspreche die zentrale Notaufnahme der Klägerin den Vorgaben des § 17 Abs. 2 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß [§ 136c Absatz 4](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Schließlich liege nach § 3 Abs. 4 des mit der Beklagten geschlossenen Vertrages über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) bei Einweisung durch einen Notarzt des Rettungsdienstes ein Fall notwendiger Krankenhausbehandlung vor.

Die Beklagte veranlasste eine erneute sozialmedizinische Stellungnahme des MDK vom 07.01.2020, in welcher dieser feststellte, es habe sich um eine Notfall- bzw. Rettungsstellenbehandlung, nicht aber eine stationäre Behandlung der Versicherten gehandelt. Der initiale Behandlungshorizont habe sich auf die Akutdiagnostik sowie die symptomatische Therapie beschränkt. Ein darüber hinausgehender, zwingend vollstationär zu realisierender Behandlungsplan sei weder dokumentiert, noch umgesetzt worden.

Am 14.01.2020 verrechnete die Beklagte die zuvor gezahlte Vergütung vollständig mit weiteren, zwischen den Beteiligten nicht streitigen Forderungen.

Die Klägerin hat am 15.06.2021 Klage bei dem Sozialgericht Frankfurt (Oder) erhoben. Sie ist der Auffassung, bei der Behandlung der Versicherten U. habe es sich um eine notwendige stationäre Krankenhausbehandlung gehandelt. Die Versicherte sei durch den Notarzt zugewiesen worden. Bei dem Notfallzentrum der Klägerin handele es sich um einen Bereich, in dem Patienten im Notfall sowohl ambulant als auch stationär versorgt werden könnten. Dieser Bereich sei interdisziplinär angelegt und bestehe aus der Rettungsstelle mit Ambulanzräumen für die (subsidiäre) ambulante Notfallversorgung, die interdisziplinäre Aufnahmestation mit Schockraum für die stationäre Notfallversorgung, dem Ärzteteam zur Besetzung des Notarzteinsetzfahrzeugs und des Rettungshubschraubers sowie der kooperierenden kassenärztlichen Bereitschaftspraxis für die ordentliche ambulante Notfallversorgung. Auf der interdisziplinären Aufnahmestation erfolge eine stationäre Versorgung der Versicherten, liegend in einem Bett. Der Patient sei dabei physisch und organisatorisch das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses eingegliedert. So habe es sich auch bei der Versicherten U. verhalten. Bei der Versicherten sei bereits eine Erstversorgung durch den Notarzt erfolgt. Nach kurzer Fallbeurteilung und Übergabe der Patientin sei sodann aufgrund der Verdachtsdiagnose die zeitnahe stationäre Aufnahme erfolgt. Insbesondere sei eine Zuweisung eines Bettes auf Station 2 vorgenommen worden. Die durch die Klägerin erbrachten Maßnahmen seien über eine Notfallbehandlung im Sinne einer Erstversorgung hinausgegangen. Soweit sich die Beklagte auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Schockraum (Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 11/20 R](#)) beziehe, sei diese nicht übertragbar auf den vorliegenden Fall, da die Versicherte U. nicht im Schockraum behandelt worden sei. Darüber hinaus sei es nicht möglich, alle Behandlungsschritte nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab Ärzte (EMB-Ä) abzubilden. Da die Versicherte zudem aus der rettungsdienstlichen Notbehandlung in das Krankenhaus gebracht worden sei, sei die Behandlung über den ambulanten Bereitschaftsdienst nicht möglich gewesen, zumal bei ihr ein NACA-Score von 3 festgestellt worden sei. Der Notarzt habe dies auch so eingeschätzt. Hinzu komme, dass nicht alle Fachgebiete, in denen nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg Facharztkompetenzen erworben werden können, für die Krankenhausplanung relevant seien. Die interdisziplinäre Aufnahmestation der Klägerin lasse sich im Krankenhausplan demzufolge nicht ausweisen. Vergleichbar würden auch intensivmedizinische Betten nicht gesondert im Krankenhausplan ausgewiesen. Diese Argumentation lasse sich auf den vorliegenden Fall übertragen. Darüber hinaus sei die Versicherte der Aufnahmestation 2 und dem Fachbereich Innere Medizin zugeordnet worden. Sofern andere Fachdisziplinen zur Versorgung des jeweiligen Patienten erforderlich sein sollten, werde der Patient nach Erstuntersuchung und der Feststellung von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch die entsprechende Fachdisziplin zunächst auf der Aufnahmestation 2 aufgenommen und später auf die Station verlegt, die dieser Fachdisziplin zugeordnet sei. Hinzu komme, dass die zentrale Notfallaufnahme gemäß § 17 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß [§ 136c Absatz 4](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über eine organisatorisch der Notaufnahme angeschlossene Beobachtungsstation von mindestens sechs Betten verfüge; dort sollen Notfallpatienten in der Regel unter 24 Stunden verbleiben, bis der weitere Behandlungsweg medizinisch und organisatorisch geklärt ist. Nach den Vorstellungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sei dieser bettenführende Bereich einem stationären Kurzliegerbereich gleichgestellt. In den tragenden Gründen zu § 17 dieser Richtlinie weise der Gemeinsame Bundesausschuss darauf hin, dass es unter anderem Aufgabe der Notaufnahme sei, Notfallpatienten zeitlich begrenzt unter 24 Stunden weiter zu versorgen, um etwa die spontane oder therapiebedingte Entwicklung eines Krankheitsbildes zu beurteilen, ohne eine langfristige Integration in den

restlichen Krankenhausbetrieb auszulösen. Der bettenführende Bereich des Notfallzentrums der Klägerin gehöre damit zum Krankenhausbetrieb. Es handele sich um einen strukturell räumlich abgegrenzten, vollstationären Bereich, in dem die stationäre Notfallversorgung unter Eingliederung des Patienten in den Krankenhausapparat – unter anderem durch Zuweisung eines Bettes, durch die Erstellung eines Behandlungsplans sowie von Aufnahmeunterlagen und durch ärztliche und pflegerische Versorgung – erfolge. Entsprechend existiere mittlerweile auch eine auf einer Expertenkonsensusempfehlung basierende Definition der bettenführenden Station einer Notaufnahme. Schließlich habe der Medizinische Dienst auf Veranlassung der Beklagten in einer Vielzahl an Fällen vergleichbare Sachverhalte der stationären Versorgung zugeordnet.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 780,04 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Diskontsatz der Deutschen Bundesbank seit dem 15.01.2020 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, es habe eine Notfallbehandlung vorgelegen, die ausschließlich im Rahmen der Versorgung durch die Rettungsstelle erfolgt sei, infolge dessen die erbrachten Leistungen nach dem EBM-Ä über die Kassenärztliche Vereinigung zu vergüten seien. Die Versicherte sei nicht in den regulären Stationsbetrieb der Klägerin aufgenommen worden, denn die interdisziplinäre Station 2 der Klägerin sei in das Notfallzentrum integriert. Es sei keine Aufnahme auf einer für die vorliegende Erkrankung der Versicherten spezialisierte Fachabteilung der Klägerin erfolgt. Bei der Aufnahmestation 2 handele es sich auch nicht um eine im Krankenhausplan aufgeführte Fachabteilung. Für diese würden daher im Krankenhausplan weder teil- noch vollstationären Betten ausgewiesen. Zudem lasse der Zeitraum zwischen Übernahme durch den Rettungsdienst um 4.02 Uhr und der „Aufnahme“ der Versicherten um 4.08 Uhr aufgrund der engen zeitlichen Nähe keinen Rückschluss über eine begründete Aufnahmeentscheidung zu. Die hierfür erforderlichen Untersuchungen seien erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgt.

In der nichtöffentlichen Sitzung des Gerichts am 31.05.2022 haben die Beteiligten übereinstimmend ihr Einverständnis mit einer Entscheidung durch die Kammer ohne mündliche Verhandlung erteilt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte, die Patientenakte der Klägerin sowie die Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der Beratung durch die Kammer waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Kammer konnte durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten zuvor ihr Einverständnis hierzu erklärt haben ([§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz, SGG).

Die Klage ist zulässig, aber unbegründet.

1. Die Klage ist zulässig. Insbesondere bedurfte es im Rahmen der hiesigen Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG) keines gesonderten Vorverfahrens sowie der Einhaltung einer Klagefrist, denn Streitgegenstand ist der Anspruch eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse auf Zahlung der Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung einer Versicherten. Hierbei handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 28.11.2013 – [B 3 KR 33/12 R](#)).

2. In der Sache ist die Klage jedoch unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch gegenüber der Beklagten auf Zahlung des geltend gemachten Betrages in Höhe von insgesamt 780,04 Euro zuzüglich Zinsen. Die von der Beklagten vorgenommene Aufrechnung war rechtmäßig.

Rechtsgrundlage für den von der Klägerin geltend gemachten Vergütungsanspruch ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) (in der Fassung vom 11.12.2018, gültig vom 01.01.2019 bis zum 31.12.2019) i. V. m. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) (in der Fassung vom 10.07.2017, gültig vom 29.07.2017 bis zum 10.05.2019) i. V. m. den §§ 7 Satz 1 Nr. 1, 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG, in der Fassung vom 11.12.2018, gültig vom 01.01.2019 bis zum 31.12.2019) bzw. des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHfRG) und des Fallpauschalen-Katalogs der G-DRG einschließlich Anlagen (Version 2019) und die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das G-DRG-System gemäß § 17b KHG sowie des „Vertrages über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V“ (in der Fassung vom 08.10.1996) für das Land Brandenburg. Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntG (a. F.) werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9) abgerechnet. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragsparteien auf Bundesebene) mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 insbesondere einen Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Abs. 1 Satz 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (effektive Bewertungsrelationen) (§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntG (a. F.)). Gemäß [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) (a. F.) sind die Krankenkassen verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften dieses Gesetzbuchs mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu führen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam schließen mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen ([§ 112 Abs. 1 SGB V](#) (a. F.)). Die Verträge regeln insbesondere die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der Aufnahme und Entlassung der Versicherten ([§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1.a](#)) SGB V (a. F.) sowie der Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen ([§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1.b](#)) SGB V (a. F.)). Gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) (a. F.) schließlich haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung in einem nach § 108 zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das

Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht dabei unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträgern festgelegt wird (BSG, Urteil vom 13.05.2004 – [B 3 KR 18/03 R](#), m. w. N.). Eine Krankenkasse ist nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. der Pflegesatzvereinbarung verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, wenn die Versorgung des Versicherten im Krankenhaus im Sinne von [§ 39 SGB V](#) erforderlich ist (BSG, Urteil vom 13.05.2004, [a. a. O.](#)), wobei es auf die medizinischen Erfordernisse im Einzelfall, nicht auf eine abstrakte Betrachtung ankommt (BSG, Beschluss vom 25.09.2007 – [GS 1/06](#), sowie Urteile vom 14.10.2014 – [B 1 KR 27/13 R](#) und vom 10.04.2008 – [B 3 KR 20/07 R](#); *Gamperl*, in *Körner/Krasney/Mutschler/Rolfs*, beck-online.Grosskommentar, Stand: 01.09.2017, SGB V, § 39 Rn. 48, m. w. N.).

Dies zu Grunde gelegt, hat die Klägerin keinen Anspruch auf Vergütung der Behandlung der Versicherten U. als stationäre Behandlung, denn es fehlt an einer Aufnahme zur stationären Behandlung der Versicherten.

Gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (a. F.) wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Der Beginn der vollstationären Behandlung Versicherter setzt dabei deren vorherige Aufnahme in das Krankenhaus voraus. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sowie den Gesetzesmaterialien zu [§ 39 SGB V](#) (BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 11/20 R](#), unter Verweis auf [BT-Drucks. 12/3608, S. 82](#)) und entspricht der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Als Aufnahme wird die organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses verstanden (st. Rspr., vgl. BSG, Urteil vom 18.05.2021, [a. a. O.](#); vgl. auch BSG, Urteile vom 19.09.2013 – [B 3 KR 34/12 R](#) sowie vom 28.02.2007 – [B 3 KR 17/06 R](#)). Von einer vollstationären Krankenhausbehandlung ist jedenfalls dann auszugehen, wenn der Patient nach der Entscheidung des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden soll (BSG, Urteile vom 18.05.2021 und vom 19.09.2013, [a. a. O.](#); LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 06.02.2023 – [L 1 KR 417/21](#)). Entscheidend ist damit zunächst der Behandlungsplan (BSG, Urteile vom 28.02.2007 und vom 19.09.2013, [a. a. O.](#)). Maßgeblich ist somit nicht die tatsächliche Behandlungsdauer im Krankenhaus, sondern die zur Zeit der Aufnahmeentscheidung auf Grundlage des hierbei getroffenen Behandlungsplans prognostizierte. Denn 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. Gleiches gilt für den Fall, dass die Prognose zur stationären Behandlungsbedürftigkeit aufgrund der bei der Aufnahme erkennbaren Umstände objektiv zutreffend war, sich jedoch aufgrund erst später erkennbarer Umstände rückblickend als unzutreffend erweist (BSG, Urteil vom 18.05.2021, [a. a. O.](#), m. w. N.).

Die Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsplans wird nach außen regelmäßig durch die Einweisung auf eine bestimmte Station, die Zuweisung eines Bettes oder das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen und Ähnliches dokumentiert. Eine Aufnahmeentscheidung ist auch bei Einlieferung eines Patienten in das Krankenhaus durch den Rettungsdienst erforderlich und muss dabei weder ausdrücklich erklärt noch förmlich festgehalten werden. Sie kann sich auch aus der bereits eingeleiteten Behandlung selbst ergeben, etwa wenn ein Schwerverletzter bei seiner Einlieferung ins Krankenhaus sofort für eine Notoperation vorbereitet oder sofort auf die Intensivstation verbracht wird (BSG, Urteil vom 18.05.2021, [a. a. O.](#), m. w. N.; LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 06.02.2023, [a. a. O.](#)). Dennoch ist die nachfolgende stationäre Behandlung immer von der vorausgehenden Aufnahmeuntersuchung zu unterscheiden, die je nach Lage des Einzelfalls sehr kurz, aber auch sehr intensiv sein kann. Erfolgt eine Aufnahme, wird die Aufnahmeuntersuchung Teil der stationären Behandlung und ist durch die Fallpauschale mitvergütet (BSG, Urteile vom 18.05.2021, [a. a. O.](#), sowie vom 11.09.2019 – [B 6 KA 6/18 R](#)). Ambulante Notfallbehandlung auf der einen und Aufnahmeuntersuchung auf der anderen Seite lassen sich dabei nicht trennscharf voneinander abgrenzen. Denn neben der akuten Erstversorgung hat der behandelnde Krankenhausarzt im Rahmen der Notfallbehandlung – wie bei jeder Aufnahmeuntersuchung – zu überprüfen, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist und in seinem Krankenhaus überhaupt durchgeführt werden kann (BSG, Urteil vom 18.05.2021, [a. a. O.](#); LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 06.02.2023, [a. a. O.](#)). Die Aufnahmeuntersuchung geht einer stationären Behandlung voraus und dient zunächst der Klärung, ob überhaupt eine (voll-)stationäre Behandlung des Versicherten erforderlich und vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst ist. Die hierzu vorgenommenen medizinischen Maßnahmen und Untersuchungen begründen dabei nicht bereits selbst die Aufnahme in das Krankenhaus (vgl. BSG, Urteil vom 18.05.2021, [a. a. O.](#), sowie LSG Berlin-Brandenburg zu der im sog. Schockraum vorgenommenen Aufnahmeuntersuchung, Beschluss vom 06.02.2023, [a. a. O.](#)).

Auf dieser Grundlage fehlt es vorliegend jedoch an der organisatorischen Eingliederung der Versicherten U. in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses der Klägerin und damit an einer stationären Aufnahme. Eine konkrete, ausdrückliche oder konkludente ärztliche Entscheidung in dem Sinne, dass die Versicherte über einen Zeitraum von mindestens einem Tag und einer Nacht im Krankenhaus der Klägerin verbleiben und dort stationär behandelt werden sollte, ist an keiner Stelle dokumentiert und lässt sich den vorliegenden Unterlagen auch nicht anderweitig entnehmen. In der Patientenakte findet sich in diesem Zusammenhang lediglich im Pflegebericht vom 10.04.2019 folgender Vermerk:

„Aufnahme erfolgte um 04:18 Uhr auf Station 2 ins Bett 27/T“

Die Zuweisung eines Bettes und die Durchführung der stattgehabten Untersuchungen in Form von Labor und EKG allein ist jedoch nicht ausreichend für den Nachweis einer ärztlichen Entscheidung zur stationären Behandlung der Versicherten. Aus den vorliegenden Unterlagen geht gerade nicht hervor, ob diese ärztliche Entscheidung zum Aufnahme der Versicherten in stationäre Behandlung im Zeitpunkt der Zuweisung des Bettes bereits getroffen war oder ob es sich hierbei noch um die fortdauernde Aufnahmeuntersuchung handelte, um das weitere Vorgehen und nach Durchführung weitergehender Untersuchungen die Frage der stationären Aufnahme entscheiden zu können. Die Station 2 der Klägerin stellt zwar eine Art Zwischenform dar, in der einerseits mehr geleistet werden kann als in einer üblichen Erstversorgung in der ambulanten Notaufnahme. Die dort durchgeführten Maßnahmen wie die Erhebung eines umfassenden Labors oder die Untersuchung mittels EKG gehen über die Notfallbehandlung im Sinne der Basisversorgung hinaus (vgl. zu einem vergleichbaren Fall SG Rostock, Urteil vom 24.06.2020 – [S 17 KR 431/17](#)). Es erfolgte aber zum einen gerade noch keine konkrete stationäre Aufnahme oder eine

Zuweisung auf eine bestimmte, fachspezifische Station im Sinne einer endgültigen Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses, sondern ausweislich des endgültigen Arztberichts vom 17.04.2019 zunächst eine telemetrische Überwachung der Versicherten auf der Station 2. Der Patientenakte ist auch nicht zu entnehmen, in welchem konkreten Fachbereich eine Aufnahme der Versicherten S. vorgesehen war und weshalb sie nicht bereits direkt auf eine Station eines bestimmten Fachbereichs verbracht wurde. Ebenso wenig wurde ein konkreter Behandlungsplan für die stationäre Behandlung der Versicherten erstellt und dokumentiert oder eine Aufnahmeanzeige an die Beklagte übersandt. Nach Auffassung der Kammer ist daher von der insoweit beweisbelasteten Klägerin nicht nachgewiesen, dass im Zeitpunkt der Zuweisung eines Bettes auf der Station 2 bereits die ärztliche Entscheidung zur stationären Aufnahme der Versicherten U. getroffen war und es sich bei den durchgeführten Maßnahmen nicht mehr um die vorangehende und noch fortdauernde Aufnahmeuntersuchung handelte, im Rahmen derer die weitergehende Abklärung der Ursachen für die Beschwerden der Versicherten sowie ihre Überwachung erfolgte, um die Notwendigkeit der stationären Behandlung abzuklären.

Die ärztliche Entscheidung zur stationären Aufnahme der Versicherten ergibt sich nach Auffassung der Kammer auch nicht aus dem endgültigen Arztbericht vom 17.04.2019. Dort wurde zwar ausgeführt:

„Die Aufnahmeentscheidung in eine mehrtägige vollstationäre Behandlung wurde aufgrund der Differentialdiagnose Hypertensive Krise getroffen. Geplante Diagnostik bzw. Intervention: Labor, Bettruhe, Überwachung. U. wurde über die vollstationäre Aufnahme informiert und ist einverstanden. Die Aufnahme erfolgte um 04:18 Uhr auf Station 2 ins Bett 27/T. [...]“

Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen o. g. Symptomatik zur Diagnostik, Akuttherapie und zur Überwachung der kardio-respiratorischen Vitalfunktionen. [...]“

Dies ist indes für den Nachweis einer Aufnahmeentscheidung des behandelnden Arztes nicht ausreichend, da dieser Arztbrief vom 17.04.2019 datiert und lediglich einen nach Abschluss der Behandlung – ex post – erstellten Bericht des Behandlungsverlaufs darstellt.

Der Verweis der Klägerin auf § 17 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß [§ 136c Absatz 4](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) (in der Fassung vom 19.04.2018, BAnz AT 18.05.2018 B4, in Kraft getreten am 19.05.2018, zuletzt geändert am 20.11.2020, BAnz AT 24.12.2020 B2) verfängt nicht. Gemäß [§ 136c Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (in der vom 29.07.2017 bis zum 31.12.2018 geltenden Fassung) beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind und nach § 6 Absatz 1a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes Bestandteil des Krankenhausplans werden. Nach [§ 136c Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) (in der vom 29.07.2017 bis zum 31.12.2018 geltenden Fassung) beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2017 ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern, einschließlich einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung. Hierbei sind für jede Stufe der Notfallversorgung insbesondere Mindestvorgaben zur Art und Anzahl von Fachabteilungen, zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals sowie zum zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen differenziert festzulegen ([§ 136c Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) a. F.). Hintergrund dieser Regelungen ist eine Reform der Notfallversorgung (Becker, in Becker/Kingreen, SGB V, 8. Aufl. 2022, § 136c Rn. 10). Der Gemeinsame Bundesausschuss sollte ein Stufensystem der Teilnahme an der Notfallversorgung einschließlich der strukturellen Voraussetzungen definieren, z. B. zur Vorhaltung der Art und Anzahl bestimmter Abteilungen, zur Anzahl von Intensivbetten und vorhandener medizintechnischer Ausstattung sowie zur Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Personals. Die unterste Stufe ist dabei unter Berücksichtigung der Vorgaben für die beim Sicherstellungszuschlag für die Versorgung notwendigen Leistungen der Notfallversorgung festzulegen. Die höchste Stufe ist z. B. für eine umfassende Notfallversorgung in Universitätskliniken oder Kliniken der Maximalversorgung vorzusehen (vgl. [BT-Drucks. 18/5371, S. 91](#) f.). Dieses Stufensystem gliedert sich nunmehr in eine Basisnotfallversorgung (Stufe 1), die erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) und die umfassende Notfallversorgung (Stufe 3). Ziel dieser Regelungen ist es, für die Notfallversorgung entsprechend – auf Bundesebene zu vereinbarenden – Zuschläge zu zahlen, bzw. bei Nichtteilnahme an der Notfallversorgung Abschläge vorzunehmen (vgl. § 9 Abs. 1a Nr. 5 KHEntgG) (Heberlein, in BeckOK Sozialrecht, 69. Ed. (01.06.2023), SGB V, § 136c Rn. 12; Roters, in beck-online.GROSSKOMMENTAR (Kasseler Kommentar), Stand: 01.12.2019, SGB V, § 136c Rn. 33). Erfüllt ein Krankenhaus nicht einmal die Anforderungen der Stufe 1, nimmt es nicht an dem gestuften System von Notfallstrukturen teil und kann deshalb auch keine Zusatzentgelte erhalten, sondern hat im Regelfall ein Abschlag hinzunehmen (Roters, a. a. O., § 136c Rn. 35a).

Soweit sich die Klägerin in diesem Zusammenhang auf die Regelung des § 17 (Überschrift: Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme in der erweiterten Notfallversorgung) der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß [§ 136c Absatz 4](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beruft, überzeugt dies nicht. Diese Vorschrift lautet:

„Krankenhäuser der erweiterten Notfallversorgung erfüllen zusätzlich zu den Vorgaben nach § 12 folgende strukturelle und prozedurale Voraussetzungen zur Aufnahme von stationären Notfällen:

Die zentrale Notfallaufnahme hat eine organisatorisch der Notaufnahme angeschlossene Beobachtungsstation von mindestens 6 Betten; dort sollen Notfallpatienten in der Regel unter 24 Stunden verbleiben, bis der weitere Behandlungsweg medizinisch und organisatorisch geklärt ist.“

In den Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Erstfassung der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß [§ 136c Absatz 4 SGB V](#) vom 19.04.2018 heißt es unter Punkt 2.18 (zu § 17) hierzu:

„In der Stufe der erweiterten Notfallversorgung werden der Notaufnahme weitreichende Aufgaben übertragen. Zu diesen Aufgaben gehört die zeitlich begrenzte Weiterversorgung von Notfallpatienten in der Regel unter 24 Stunden. Dies ist zum Beispiel erforderlich, um die spontane oder therapiebedingte Entwicklung eines Krankheitsbildes zu beurteilen ohne eine langfristige Integration in den restlichen Krankenhausbetrieb auszulösen.“

Hieraus ergibt sich indes nicht, dass die Aufnahme von Versicherten auf Station 2 der Klägerin ohne Weiteres bereits eine „Aufnahme“ zur stationären Behandlung im Sinne einer organisatorischen Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses darstellt. Vielmehr bedarf es auch bei Verbringung von Versicherten auf eine Aufnahme- oder Beobachtungsstation in dem oben genannten Sinne der hinreichenden Dokumentation im Einzelfall, dass der bzw. die jeweilige Versicherte stationär aufgenommen wurde. Hintergrund der

Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß [§ 136c Absatz 4](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ist die Festlegung eines Stufensystems im Rahmen der Notfallversorgung, welches entsprechend der Einordnung des jeweiligen Krankenhauses die Zahlung von Zu- oder die Vornahme von Abschlägen zur Folge hat. An keiner Stelle der Regelungen oder der Tragenden Gründe hierzu ergibt sich, dass der Gemeinsame Bundesausschuss in diesem Zusammenhang bezweckt hat, zu definieren, wann eine stationäre Aufnahme des Versicherten vorliegt und unter welchen Voraussetzungen eine Vergütung für stationäre Behandlung zu erfolgen hat. Hinzu kommt, dass die in § 17 enthaltene Regelung nach ihrem Wortlaut vorsieht, dass die zentrale Notfallaufnahme über eine „organisatorisch der Notaufnahme angeschlossene“ und gerade nicht den Fachstationen angeschlossene Beobachtungsstation verfügt. Bei der Beobachtungsstation handelt es sich somit um eine der Notfallaufnahme zugehörige Station und (noch) nicht um eine Fachstation, auf der Patienten stationär aufgenommen werden. Auf der Beobachtungsstation soll ausweislich der Tragenden Gründe (Punkt 2.18) zudem eine zeitlich begrenzte Weiterversorgung von Notfallpatienten in der Regel unter 24 Stunden erfolgen, z. B. um die spontane oder therapiebedingte Entwicklung eines Krankheitsbildes zu beurteilen „ohne eine langfristige Integration in den restlichen Krankenhausbetrieb auszulösen“. Die dort zu behandelnden Fälle betreffen somit nicht ausschließlich sicher stationär aufzunehmende Versicherte, sondern auch Patienten, bei denen zunächst weitere Untersuchungen bzw. eine gewisse Zeit der Beobachtung erforderlich sind, um das weitere Vorgehen einschließlich der Frage der stationären oder ambulanten Weiterbehandlung entscheiden zu können. So liegt der Fall auch bei der Station 2 der Klägerin. Der Direktor des Notfallzentrums der Klägerin, Herr Dr. med. S., hat dies im Rahmen der nichtöffentlichen Sitzung im Zusammenhang mit den dort gemeinsam erörterten Verfahren bestätigt und ausgeführt, die vorgesehene Verweildauer auf der Station 2 liege bei maximal 24 Stunden. Dabei sei beabsichtigt, die Patienten von der Station 2 so schnell wie möglich entweder in die ambulante Weiterbehandlung zu entlassen oder eine vollstationäre Aufnahme auf einer anderen Station der Klägerin zu veranlassen. Auf der Station 2 der Klägerin wurden somit in dem streitgegenständlichen Zeitraum somit nicht nur sicher stationär aufzunehmende oder aufgenommene Patienten, sondern auch solche Patienten behandelt, bei denen zunächst weitere Untersuchungen oder eine Beobachtung erforderlich waren, um die Notwendigkeit der vollstationären Behandlung abzuklären. Vor diesem Hintergrund entbindet der Umstand, dass ein bzw. eine Versicherte auf die Station 2 der Klägerin verbracht wurde, die Klägerin nicht von der Pflicht zur Dokumentation im Einzelfall, dass der bzw. die Versicherte stationär aufgenommen werden und mindestens eine Nacht und einen Tag im Krankenhaus verbleiben soll. Nur dies ermöglicht die notwendige Differenzierung von sicher stationär zu verbleibenden und potentiell kurzfristig wieder zu entlassenden und damit ambulant abzurechnenden Behandlungsfällen.

Ebenso wenig führt § 3 Abs. 3 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL) vom 22.01.2015 (BANZ AT 29.04.2015 B2, zuletzt geändert am 16.03.2017, BANZ AT 07.06.2017 B2, in Kraft getreten am 08.06.2017) dazu, dass vorliegend von einem stationären Behandlungsfall auszugehen wäre. Gemäß § 3 Abs. 3 Satz 1 KE-RL muss die Behandlung einer akuten Erkrankung stationär erfolgen, wenn sie wegen Gefährdung von Gesundheit und Leben der Patientin oder des Patienten nicht oder nicht rechtzeitig ambulant durchgeführt werden kann. Das schließt die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Überwachung der Vitalparameter der Patientin oder des Patienten ein (§ 3 Abs. 3 Satz 2 KE-RL). Ungeachtet dessen, dass diese Richtlinie gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 KE-RL die Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten regelt und sich damit nicht an Krankenhäuser oder in Krankenhäusern tätige Ärzte und Ärztinnen richtet, ändert dies nichts daran, dass sich die stationäre Aufnahme allein nach der ärztlichen Entscheidung des Krankenhausarztes bzw. der Krankenhausärztin richtet, die auch entsprechend zu dokumentieren ist oder sich aus anderen Umständen ergeben muss. Aus der Erkrankung des Patienten bzw. der Patientin allein kann nicht ohne weitere Anhaltspunkte in der Patientenakte auf die Notwendigkeit einer stationären Behandlung geschlossen werden.

Die Einordnung der Behandlung der Versicherten U. als stationäre Behandlung ergibt sich auch nicht aus § 3 Abs. 4 des mit der Beklagten geschlossenen Vertrages über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) vom 08.10.1996, wonach bei Einweisung durch einen Notarzt des Rettungsdienstes ein Fall notwendiger Krankenhausbehandlung vorliegt. Gemäß [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) schließen die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemeinsam mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen. Die Verträge regeln insbesondere die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der Aufnahme und Entlassung der Versicherten ([§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#)). Sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich ([§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Mit den Verträgen nach [§ 112 Abs. 2 SGB V](#) soll sichergestellt werden, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen (BSG, Urteil vom 11.09.2019 – B 6 KA 6/18 R). Gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 des Landesvertrages über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) wird Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär ([§ 115a SGB V](#)) sowie ambulant ([§ 115b SGB V](#)) erbracht. Krankenhausbehandlung wird ohne Verordnung gewährt, wenn sich der Patient infolge von Verletzung, Krankheit oder sonstigen Umständen entweder in Lebensgefahr befindet oder der Gesundheitszustand eine wesentliche Verschlechterung befürchten lässt, sofern nicht unverzüglich Krankenhausbehandlung eingreift (Notfall) (§ 3 Abs. 3 Satz 1 des Landesvertrages über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#)). Gemäß § 3 Abs. 4 des Landesvertrages liegt bei Einweisung durch einen Notarzt des Rettungsdienstes ein Fall notwendiger Krankenhausbehandlung vor. Gleichwohl ergibt sich auch hieraus für den vorliegenden Fall keine stationäre Behandlung der Versicherten U.. Dies ergibt sich bereits aus dem Wortlaut des § 3 Abs. 4 des Landesvertrages, der lediglich von „notwendiger“ Krankenhausbehandlung spricht. Diese Regelung bezieht sich nicht ausdrücklich nur auf stationäre Behandlungen, sondern ist allgemein gefasst und erfasst somit sowohl ambulante als auch stationäre Krankenhausbehandlung. Dies wird durch die Systematik der Norm gestützt, da sich § 3 Abs. 1 des Landesvertrages auf voll-, teil-, vor- und nachstationäre sowie ambulante Krankenhausbehandlung bezieht und die Regelungen somit auf all diese Behandlungsformen bezogen sind.

Eine vollstationäre Behandlung der Versicherten U. und ein entsprechender Vergütungsanspruch der Klägerin folgt auch nicht aus den von der Klägerin angeführten Expertenkonsensusempfehlungen für klinische Akut- und Notfallmedizin, konkret die im März 2022 getroffene Definition der „bettenführenden Station“. Hierbei handelt es sich um nicht bindende Empfehlungen, aus denen sich im Übrigen nicht ergibt, dass die Zuweisung eines Bettes auf einer solchen Station stets zur Folge hätte, dass die dort erfolgende Behandlung als stationäre Behandlung anzusehen wäre. Dort heißt es unter Tabelle 1 (Definition und Charakteristika der Beobachtungs- und Aufnahmestation der ZNA [zentrale Notaufnahme]) unter Beobachtungsstation unter anderem:

„Beobachtungsstation

Ziele

Entlastung der akutstationären Überwachungsbereiche durch akute Abklärung/Behandlung mit anschließender stationärer Verlegung oder Entlassung.“

Im Hinblick auf die Aufnahmestation wird dort ausgeführt:

„Ziele

Entlastung des Notaufnahmebereichs der Normalstation. Die Patienten der Aufnahmestation können von hier aus nach organisatorischer Einleitung fachspezifischer Diagnostik/Therapie in eine Fachklinik/-abteilung verlegt oder ggf. direkt entlassen werden.“

Bei den auf einer Beobachtungs- oder Aufnahmestation behandelten Patienten kann es sich daher sowohl um sicher stationär aufzunehmende oder aufgenommene als auch um solche Patienten handeln, die nach Durchführung weitergehender Untersuchungen oder einer gewissen Zeit der Beobachtung in die ambulante Weiterbehandlung entlassen werden können.

Der Verweis der Klägerin auf die Zweite Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung überzeugt die Kammer nicht, da es sich hierbei ebenfalls lediglich um eine nicht bindende Empfehlung handelt und diese darüber hinaus aus September 2022 und damit über drei Jahre nach dem vorliegenden Behandlungszeitraum datiert.

Schließlich verfängt der Einwand der Klägerin, der Medizinische Dienst habe auf Veranlassung der Beklagten in einer Vielzahl an Fällen vergleichbare Sachverhalte der stationären Versorgung zugeordnet, nicht. Zum einen handelt es sich jeweils um gesonderte und hier nicht streitgegenständliche Behandlungsfälle, deren rechtliche Bewertung für das vorliegende Verfahren nicht maßgebend ist. Zum anderen nimmt der Medizinische Dienst, an dessen Einschätzung das Gericht im Übrigen nicht gebunden ist, keine rechtliche Bewertung, sondern eine medizinische Einschätzung in konkreten Einzelfällen vor.

Die Kammer verkennt nicht, dass die Abrechnung auf Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für Ärzte (EBM-Ä) und die damit einhergehende Zahlung aus der Gesamtvergütung die durch die Klägerin durchgeführten Leistungen mitunter nicht vollumfänglich abzudecken vermag. Durch eine aufwändige Diagnostik allein wird die Behandlung jedoch nicht zu einer stationären Behandlung (BSG, Urteil vom 18.05.2021, [a. a. O.](#)). Hierbei handelt es sich um einen im Rahmen der Verhandlungen der Gesamtvergütung zu berücksichtigenden Umstand, der nicht auf der Ebene der Rechtsprechung zu korrigieren ist.

Vor diesem Hintergrund hat die Klägerin auch keinen Anspruch auf Verzinsung des geltend gemachten Betrages.

3. Ein Anspruch der Klägerin auf Vergütung der erbrachten Leistungen im Rahmen der vorstationären Behandlung kommt ebenfalls nicht in Betracht. Gemäß [§ 115a Abs. 1 Satz 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) (Nr. 1) oder im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung) (Nr. 2). Eine vorstationäre Behandlung in diesem Sinne lag jedoch bereits nicht vor, denn die von [§ 115 a SGB V](#) geforderte „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ setzt eine begründete Verordnung eines Vertragsarztes oder eines sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden voraus. Eine Einweisung durch den Rettungsdienst ist hiermit nicht vergleichbar. Sie kann nicht an die Stelle der vertragsärztlichen Verordnung treten, da der Rettungsdienst gem. [§ 75 Abs. 1b Satz 1 SGB V](#) nicht Teil der vertragsärztlichen Versorgung, sondern organisatorisch von dieser getrennt ist (BSG, Urteil vom 18.05.2021, [a. a. O.](#), m. w. N.; LSG Hessen, Urteil vom 31.01.2019 – [L 8 KR 202/18](#)) und den Entscheidungen des Rettungsdienstes darüber hinaus andere Überlegungen zugrunde liegen als jene, die für eine ärztliche Verordnung einer vorstationären Behandlung bestimmend sind (BSG, Urteil vom 18.05.2021, [a. a. O.](#)).

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens.

Rechtsmittelbelehrung

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-03-12