

L 10 KR 353/24 KH

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 15 KR 518/21 KH
Datum
23.03.2024
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KR 353/24 KH
Datum
11.06.2025
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 23.03.2024 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 1.098,22 € festgesetzt.

Tatbestand

Streitig ist die Vergütung einer Notfallbehandlung im Schockraum der Klägerin als stationäre Krankenhausbehandlung.

Der bei der Beklagten krankenversicherte U. C. (* 00.00.0000; im Folgenden: *Versicherter*) beklagte am 16.07.2020 zunächst thorakale Schmerzen beim Golfspielen, setzte sich danach ins Auto und wurde 10 Minuten später leblos auf dem Parkplatz aufgefunden. Der hinzugerufene Notarzt begann um 12:50 Uhr mit Reanimationsmaßnahmen, alarmierte um 12:58 Uhr das von der Klägerin betriebene, nach [§ 108 SGB V](#) zugelassene Krankenhaus und übergab den Versicherten um 13:22 Uhr an die Ärzte der Klägerin, die in der zentralen Notaufnahme (ZNA), zugleich Schockraum, die kardiopulmonale Reanimation (CRP) zunächst fortsetzten und dem Versicherten Adrenalin verabreichten. Die ZNA veranlasste zwei Blutgasuntersuchungen mit einer Sauerstoffsättigung von 94,4 % bzw. 93 %. Eine Elektrokardiographie (EKG) zeigte nach Angaben in einem nicht unterschriebenen Arztbericht der ZNA eine elektromechanische Entkopplung und einen Herzstillstand. Die behandelnden Ärzte entschieden, die CPR abzubrechen. Der Versicherte verstarb um 13:45 Uhr. Die Todesbescheinigung wurde von der ZNA ausgestellt.

Die Klägerin forderte mit Rechnung vom 30.07.2020 (*Eingang bei der Beklagten am 11.09.2020*) für eine erfolgte stationäre Krankenhausbehandlung unter Abrechnung der Fallpauschale DRG F70B (*schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC*) einen Betrag in Höhe von 1.098,22 €.

Die Beklagte teilte der Klägerin daraufhin am 03.08.2020 mit, dass eine Eingliederung in den Stationsablauf nicht erfolgt sein könne, da der Versicherte mit Herzstillstand vor stationärer Aufnahme lediglich 24 Minuten im Krankenhaus gewesen sei. Es werde um Abrechnung als vorstationäre Behandlung gebeten. Die Klägerin erbat am 11.09.2020 unter Hinweis auf ein Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 09.07.2020 ([L 5 KR 154/19](#)) um Ausgleich der Rechnung. Unter dem 26.11.2020 und 22.02.2021 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass die Rechnung aus den genannten Gründen nicht bezahlt, stattdessen aber eine prästationäre Pauschale angeboten werde.

Am 31.03.2021 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Düsseldorf erhoben. Nicht die Behandlungsdauer sei entscheidend, sondern ob eine Behandlung zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht vorgesehen bzw. geplant gewesen sei. Vorliegend gehe aus der

Aufnahmeanzeige hervor, dass eine voraussichtliche Behandlungsdauer von fünf Tagen vorgesehen gewesen sei. Auch sei die Weiterbehandlung des Versicherten in der Klinik für Kardiologie, Angiologie und Diabetologie geplant gewesen. Die Aufnahmeentscheidung sei in dem Ambulanzbrief bereits nach außen durch Einweisung auf eine bestimmte Station, nämlich die Kardiologie, dokumentiert. Aus dem Umstand, dass der Versicherte verstorben sei, bevor er auf diese habe verlegt werden können, könne gerade nicht geschlossen werden, dass eine ambulante Behandlung vorgelegen habe. Es sei eine Notfallbehandlung im Schockraum erfolgt. Dieser sei apparativ und personell speziell für eine intensivmedizinische Erstversorgung ausgestattet, weshalb die Infrastruktur des Krankenhauses in Anspruch genommen worden und der Versicherte in physischer und organisatorischer Hinsicht in den Krankenhausbetrieb eingegliedert gewesen sei. Entgegen der Auffassung der Beklagten sei eine Abrechnung als vorstationäre Behandlung nach [§ 115b SGB V](#) ausgeschlossen. Diese diene der Abklärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung oder deren Vorbereitung. Vorliegend habe bereits bei Eintreffen des Versicherten die Erforderlichkeit stationärer Behandlung festgestanden. Der Umstand, dass der Tod bereits im Schockraum eingetreten sei, rechtfertige nicht die Qualifizierung der Behandlung als ambulant (*LSG Rheinland-Pfalz a.a.O.*). Die von der Beklagten zitierte Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 18.05.2021 ([B 1 KR 11/20 R](#)) sei nicht einschlägig, da – anders als in dem dort entschiedenen Sachverhalt – im Fall des Versicherten keine Verlegungssituation vorgelegen habe. Auch habe es sich nicht um eine Aufnahmeuntersuchung gehandelt. Vielmehr habe der in konkreter Lebensgefahr schwebende Patient reanimiert werden müssen. Dies sei der intensivste Einsatz von Krankenhausmitteln und sicherlich keine ambulante Notfallbehandlung. Das BSG habe mit Urteil vom 20.03.2024 ([B 1 KR 37/22 R](#)) *bestätigt*, dass die Schockraum-Rechtsprechung auf die vorliegend gegenständliche Fallkonstellation, in der ein reanimationspflichtiger Patient in höchster Lebensgefahr schwebend in einem Schockraum oder einer Intensivstation durch das Krankenhaus vom Rettungsdienst übernommen werde, nicht anwendbar sei. Danach liege eine Eingliederung in den Krankenhausbetrieb – und damit eine Aufnahme – auch bei nur kurzzeitiger Behandlung vor, wenn die besonderen Mittel des Krankenhauses wegen des Risikos schwerwiegender Komplikationen für die Versicherten exklusiv vor- und freigehalten würden. Vorliegend habe das Krankenhaus in Form eines jederzeit einsatzbereiten Schockraums oder einer Intensivstation besondere, in der zeitlichen Verdichtung im ambulanten Bereich nicht verfügbare Mittel vorgehalten, die exklusiv für Versicherte mit schwerwiegenden Komplikationen vor- und freigehalten würden. Die ZNA verfüge über zwei Schockräume, von denen einer speziell für die Aufnahme internistischer Notfälle ausgestattet sei. Zudem könne nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ein Herzkreislaufstillstand nach erfolgreicher Reanimation ausschließlich vollstationär versorgt werden, da eine intensivmedizinische Versorgung notwendig werde. Die Aufnahmeentscheidung werde in einer solchen Konstellation ex ante und konkludent im Zeitpunkt der Aufnahme des Patienten getroffen. Ein umfangreicher Behandlungsplan habe aufgrund des Zeitdrucks bei konkret lebensbedrohlicher Situation nicht erstellt werden können. In akuten Notfallsituation werde der Behandlungsplan durch ein standardisiertes Verfahren (*Standard Operation Procedures <SOP>*) ersetzt.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.098,22 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 796,60 € seit dem 30.03.2021 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die Auffassung vertreten, die nach der Rechtsprechung des BSG (*Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 11/20 R](#)*) erforderliche physische und organisatorische Eingliederung des Versicherten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses sei bei einer notfallmäßigen Behandlung von lediglich 24 Minuten nicht nachvollziehbar. Es habe sich vielmehr um eine notfallmäßige Behandlung gehandelt, die der (*eventuellen*) Aufnahme vorgeschaltet gewesen sei und der Klärung gedient habe, ob eine (*voll-*) stationäre Behandlung des Versicherten erforderlich und vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst sei. Die hierzu im Schockraum vorgenommenen medizinischen Maßnahmen und Untersuchungen begründeten nicht bereits selbst die Aufnahme in das Krankenhaus. Hiermit sei noch keine spezifische Einbindung in das Versorgungssystem des Krankenhauses verbunden. Eine stationäre Integration des Versicherten habe nicht vorgelegen. Die Erstellung eines Behandlungsplans, die Zuweisung eines Bettes bzw. einer Station o.ä. Nachweise für eine stationäre Integration seien weder vorgetragen noch nachgewiesen worden. Anhand der Patientenakte lasse sich keine stationäre Integration des Patienten erkennen. Eine Aufnahmeentscheidung fehle ebenso wie weitere Unterlagen (*Zuweisung eines Bettes, Pflegedokumentation o. ä.*). Der Hinweis auf die im Rahmen der Daten nach [§ 301 SGB V](#) angegebene voraussichtliche Verweildauer erfolge regelhaft bei der Datenübermittlung, könne aber keinesfalls eine nicht dokumentierte Aufnahmeentscheidung ersetzen. Zudem habe das Krankenhaus in dem als Ambulanzbrief bezeichneten Arztbrief an den Hausarzt vom 16.07.2020 ausgeführt, dass sich der Versicherte in ambulanter Behandlung befunden habe. Ein hoher Ressourcenaufwand i.V.m. einer lebensbedrohlichen Situation belege nicht automatisch eine organisatorische Eingliederung in den stationären Rahmen (*BSG a.a.O.*).

Mit Urteil vom 23.05.2024 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Überzeugung der Kammer habe es sich bei der Behandlung des Versicherten nicht um eine stationäre Krankenhausbehandlung, sondern eine ambulante Notfallbehandlung, die der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen sei und für die nur ein Vergütungsanspruch gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bestehe, gehandelt. Dies ergebe sich zum einen bei isolierter Betrachtung der Leistungen, die die Klägerin in ihrer Notfallambulanz erbracht habe. Zudem sei mit der Behandlung in der Notfallambulanz ersichtlich noch keine Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin verbunden gewesen. Das BSG (*Urteil vom 29.08.2023 – [B 1 KR 15/22 R](#)*) habe überzeugend und nachvollziehbar begründet, warum eine Behandlung im Schockraum für sich betrachtet nicht zu einer stationären Aufnahme führe, sondern es entscheidend auf die Intensität der Inanspruchnahme

krankenhauspezifischer personeller und sächlicher Ressourcen ankomme. Diese müssten in hoher Intensität beansprucht werden. Je kürzer der tatsächliche Aufenthalt im Krankenhaus sei, umso mehr müsse sich der Einsatz der krankenhausspezifischen Mittel verdichten. Der Schockraum sei zudem nicht exklusiv für den Versicherten vor- und freigehalten worden. Die Reanimation sei bereits durch den behandelnden Notarzt eingeleitet worden. Im Schockraum sei die Reanimation über 23 Minuten fortgeführt worden, ohne dass der Kreislauf habe wiederhergestellt werden können. Die für die ZNA entnommene Blutgasanalyse gebe weder eine Abteilungs- noch eine Zimmernummer an. Die Klägerin selber habe einen Ambulanzbrief der ZNA vom 16.07.2020 über die ambulante Versorgung des Versicherten sowie eine Todesbescheinigung für den Versicherten mit Angabe der ZNA als ausstellende Stelle ausgestellt. Die Kammer sich auch nicht von einer dokumentierten Aufnahmeentscheidung überzeugen können. Eine solche sei auch bei einer kurzzeitigen Schockraumbehandlung nicht entbehrlich. Der dort zu fordernde hohe Mitteleinsatz sei gerade nicht dokumentiert.

Gegen das am 03.06.2024 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 14.06.2024 Berufung eingelegt. Zur Begründung wiederholt und vertieft sie ihr bisheriges Vorbringen. Aus dem sog. Sectio-Urteil des BSG (*Urteil vom 20.03.2024 - B 1 KR 37/22 R*) gehe hervor, dass auch das bloße Vorhalten von Mitteln ausreichend für eine stationäre Krankenhausbehandlung sei. Es komme nicht auf eine ausdrückliche Aufnahmeentscheidung oder die tatsächliche Inanspruchnahme persönlicher oder sächlicher Mittel an. Ausreichend für die Qualifikation als stationäre Krankenhausbehandlung sei die exklusive Vorhaltung personeller und sächlicher Mittel für einen Patienten, sodass diese zumindest für eine gewisse Zeit anderen Patienten nicht zur Verfügung stünden. Dies sei auch bei Vorhaltung eines Schockraums nach Eingang des Notfalles der Fall. Auch gehe das Sozialgericht unzutreffend davon aus, dass eine Reanimation nicht mit schwerwiegenden Komplikationen für den betroffenen Patienten verbunden sei. Schwerwiegender als der Exitus letalis könnten Komplikationen kaum sein, zumal im Anschluss an eine Reanimation zwingend eine intensivmedizinische Versorgung stattzufinden habe. Das Krankenhaus habe nach Meldung der Einlieferung des Patienten nach Maßgabe des SOP einen Schockraum vorbereitet und ab diesem Zeitpunkt ein spezialisiertes Team aus mindestens vier Personen (*Anästhesist, Pflegerin Anästhesie, ZNA-Arzt und ZNA-Pflege*) exklusiv für die Reanimation des Patienten bereitgestellt. Die Freihaltung dieser besonderen Mittel habe es im Vorfeld der Reanimation im Rahmen der Behandlungsplanung umfassend berücksichtigen und Dienst- sowie Raumbelungspläne entsprechend auf die Versorgung des Versicherten auslegen müssen. Damit sei der Schockraum – ähnlich wie der Operationsaal bei einem Notfall Kaiserschnitt – exklusiv für den Versicherten vor- und freigehalten worden. Ab der Aufnahme habe das Team versucht, den Patienten zu reanimieren. Ohne den massiven personellen und apparativen Einsatz der Mittel des Krankenhauses sei der Versuch einer Lebensrettung nicht möglich gewesen. Soweit die Reanimation erfolgreich gewesen wäre, hätte sich umgehend eine intensivmedizinische Behandlung angeschlossen. Daher halte das Krankenhaus ab dem Eingang der Anmeldung eines reanimationspflichtigen Patienten über die Leitstelle sofort auch alle räumlichen und personellen Ressourcen mit der Möglichkeit der aufwendigen intensivmedizinischen Versorgung des Patienten ausschließlich für diesen frei. Unerheblich sei insofern, welche der vorgehaltenen Mittel tatsächlich in Anspruch genommen würden. Darüber hinaus sei im konkreten Behandlungsfall eine den Anforderungen der BSG-Rechtsprechung entsprechende Prognoseentscheidung getroffen worden. Nach erfolgreicher Reanimation wäre der Patient für mindestens fünf Belegungstage in der Klinik für Kardiologie, Angiologie und Diabetologie behandelt worden. Dies ergebe sich bereits aus dem Aufnahmebericht, wonach die Aufnahme des Patienten in die Klinik für Kardiologie geplant gewesen sei. Es liege eine stationäre Krankenhausbehandlung vor. Die Klägerin habe daher auch Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale i.H.v. 300 €.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 23.05.2024 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag i.H.v. 1098,22 € zuzüglich Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 30.03.2021 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und vertieft ihr bisheriges Vorbringen. Die kurze Diagnostik und Weiterführung der Reanimation im Schockraum stelle eine ambulante Behandlung dar. Auch mit Urteil vom 29.08.2023 (*a.a.O.*) habe das BSG grundsätzlich an dem Erfordernis einer stationären Aufnahme festgehalten, lasse nunmehr aber eine konkludente Aufnahme ausreichen. Eine solche liege vor, wenn der Einsatz der krankenhausspezifischen personellen und sächlichen Ressourcen eine hohe Intensität aufgewiesen habe. Dies sei vorliegend nicht der Fall gewesen. Diese Rechtsprechung sei mit Urteil vom 20.03.2024 (*a.a.O.*) fortgeführt und erweitert worden. An einer weiterhin erforderlichen und entsprechend dokumentierten Prognoseentscheidung fehle es. Es sei auch nicht dokumentiert, dass zu irgendeinem Zeitpunkt eine stabile Situation bei dem Versicherten eingetreten sei, welche die Annahme einer vollstationären Weiterbehandlung gerechtfertigt hätte. Dass für den Versicherten etwa ein Platz auf der Intensivstation belegt bzw. extra freigehalten wurde, sei nicht ersichtlich. Es bleibe daher bei einer notfallmäßigen Weiterversorgung.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten, der Verwaltungsvorgangs der Beklagten sowie der Patientenakte des Krankenhauses verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewiesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung von 1.098,22 € nebst Zinsen.

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig. Bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses bzw. eines Krankenträgers gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. etwa BSG, Urteil vom 17.06.2000 – [B 3 KR 33/99 R](#) –, juris Rn. 14; Urteil vom 23.07.2002 – [B 3 KR 64/01 R](#) –, juris Rn. 13), sodass es eines Vorverfahrens nicht bedurfte und eine Klagefrist nicht einzuhalten war.

Die Klage ist jedoch unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Vergütung (Fallpauschale DRG F70B, 1.098,22 €) für die am 16.07.2020 erbrachten Leistungen. Es durfte seine zugunsten des Versicherten erbrachten Leistungen nicht als vollstationäre Behandlung abrechnen.

Dem Krankenhaus steht keine Fallpauschalenvergütung nach [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) i.V.m. § 17b KHG, § 7 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 und § 9 Abs. 1 S. 1 KHEntG und der Fallpauschalenvereinbarung 2020 zu. Nach [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse 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](#)) erfolgt, also abgesehen von Notfällen von dessen Versorgungsauftrag umfasst wird, und im Einzelfall i.S.v. [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (st.Rspr.; vgl. BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 11/20 R](#) –, Rn. 9 m.w.N.). Das Krankenhaus führte vorliegend einen Reanimationsversuch an dem Versicherten in ihrer ZNA mit der Ausstattung eines Schockraums durch. Es behandelte den Versicherten damit nicht – wie abgerechnet – vollstationär, sondern ambulant als Notfall im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Die Notfallbehandlung wurde nicht allein deshalb zu einer stationären Behandlung, weil das Krankenhaus den Reanimationsversuch in ihrem Schockraum unter (teilweiser) Nutzung der dort zur Verfügung stehenden Mittel durchführte (dazu 1.). Ein den Erstattungsanspruch ausschließender oder mindernder Vergütungsanspruch des Krankenhauses ergibt sich auch nicht aus anderen Anspruchsgrundlagen (dazu 2.).

1. Das Krankenhaus hatte keinen Anspruch auf Vergütung einer vollstationären Behandlung. Für eine vollstationäre Behandlung des Versicherten hätte es seiner Aufnahme in das Krankenhaus bedurft. Hieran fehlte es. Das Krankenhaus behandelte den Versicherten am 16.07.2020 ambulant.

a) Der Beginn der vollstationären Behandlung Versicherter setzt deren vorherige Aufnahme in das Krankenhaus voraus. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut des [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) sowie den Gesetzesmaterialien zu [§ 39 SGB V](#) (vgl. [BT-Drs. 12/3608 S. 82](#)) und entspricht der ständigen Rechtsprechung des BSG. Als Aufnahme wird die organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses verstanden. 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. Eine einmal auf Grundlage der Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes erfolgte physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Krankenhausversorgungssystem kann grundsätzlich nicht rückwirkend entfallen (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 18.05.2021 [a.a.O.](#) Rn. 11).

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 (vgl. BSG, Urteil vom 20.03.2024 [a.a.O.](#) Rn. 15 m.w.N.). Die Aufnahmeentscheidung muss dabei weder ausdrücklich erklärt noch förmlich festgehalten werden. Dies gilt insbesondere bei Notfallbehandlungen. Ein Krankenhaus behandelt nicht bereits deshalb zwingend stationär, weil es den Patienten parallel zur Aufnahmeuntersuchung notfallmäßig mitbehandeln muss. Dies gilt auch dann, wenn von Beginn an kein ernsthafter Zweifel daran bestehen kann, dass der Notfallpatient überhaupt einer stationären Behandlung bedarf. Die einer Aufnahme in die stationäre Behandlung vorausgehende Aufnahmeuntersuchung dient der Klärung, ob eine Aufnahme des Versicherten gerade in dieses Krankenhaus erforderlich ist. Die hierzu vorgenommenen Untersuchungen begründen nicht zwingend bereits selbst die Aufnahme in das Krankenhaus. Dies folgt aus [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#), der anordnet, dass der Versicherte „nach Prüfung durch das Krankenhaus“ aufzunehmen ist. Die Diagnostik ist nach [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) im Regelfall zunächst nur Teil der Prüfung der Aufnahme. Ergibt sich nach der Aufnahmeuntersuchung, dass eine Verweisung des Versicherten an ein anderes Krankenhaus oder die ambulante Weiterbehandlung medizinisch erforderlich und ausreichend ist, liegt keine stationäre Behandlung vor. Das Krankenhaus muss den Versicherten vielmehr umgehend einem anderen geeigneten Krankenhaus zur stationären Behandlung zuweisen, wenn sein eigener Versorgungsauftrag die erforderliche Behandlung des Versicherten nicht umfasst, oder es trotz Versorgungsauftrags tatsächlich nicht dazu in der Lage ist und ein geeignetes Krankenhaus in zumutbarer Zeit erreichbar ist. Dies gilt auch in den Fällen, in denen ein Versicherter als Notfall mit einem Rettungswagen durch einen Notarzt in ein Krankenhaus eingeliefert wird (vgl. BSG, Urteil vom 29.08.2023 [a.a.O.](#) Rn. 16 m.w.N.).

Soweit der 1.Senat des BSG im sog. Schockraum-Urteil vom 18.05.2021 (a.a.O.) eine stationäre Aufnahme selbst dann verneint und grundsätzlich eine ambulante Notfallbehandlung angenommen hat, wenn die parallel zur Aufnahmediagnostik stattfindende Notfallbehandlung die personellen und sächlichen Ressourcen des Krankenhauses in hohem Maße beansprucht und stationäre Behandlung nur ausnahmsweise angenommen hat, wenn z.B. zur Herstellung der Transportfähigkeit eine Notoperation erforderlich ist, eine mehrstündige intensivmedizinische Behandlung stattfindet oder nicht einmal im Kern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) abrechenbare Leistungen erbracht werden, hat er diese enge Auslegung bereits mit Urteil vom 29.08.2023 (a.a.O. Rn. 18 ff.) zur Behandlung einer Stroke Unit zwar aufgegeben.

Ausreichend für eine konkludente stationäre Aufnahme ist nunmehr auch eine kurzzeitige Notfallbehandlung im erstangegangenen Krankenhaus bei zeitnaher Verlegung in ein anderes Krankenhaus. Die konkludente stationäre Aufnahme eines Versicherten liegt bei seiner kurzzeitigen Notfallbehandlung im erstangegangenen Krankenhaus und nachfolgender zeitnaher Verlegung in ein anderes Krankenhaus dann vor, wenn der Einsatz der krankenhausspezifischen personellen und sächlichen Ressourcen im erstangegangenen Krankenhaus eine hohe Intensität aufweist. Für die rechtliche Qualifizierung eines kurzzeitigen, aber intensiven Mitteleinsatzes als vollstationäre Behandlung ist es deshalb unerheblich, dass die Diagnostik auch der Feststellung dient, ob das Krankenhaus in der Lage ist, selbst die kooperative Behandlung einzuleiten oder fortzusetzen. Unerheblich ist auch, ob einzelne Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen im EBM-Ä abbildbar sind (BSG a.a.O. Rn 18).

Die Unterscheidung von ambulanter und kurzzeitiger stationärer Notfallbehandlung folgt aus Regelungssystematik und -zweck des [§§ 39 Abs. 1 i.V.m. § 107 Abs. 1 Nr. 2](#) und 3 SGB V. Ein Versicherter hat immer schon dann Anspruch auf eine stationäre Behandlung durch das ihn zuerst aufnehmende Krankenhaus (*und dieses dann auch einen entsprechenden Vergütungsanspruch*), wenn sein gesundheitlicher Zustand die sofortige Erbringung stationärer Leistungen gebietet. Dieser Anspruch hängt nicht von der ernsthaften Möglichkeit ab, dass das Krankenhaus die begonnene stationäre Behandlung alsbald abbrechen und den Versicherten verlegen muss (BSG a.a.O. Rn. 19).

Die Krankenhausbehandlung als ressourcenintensivste Form der Krankenbehandlung setzt einerseits das Vorhalten dieser Ressourcen voraus, wie [§ 107 Abs. 1 Nr. 2](#) und 3 SGB V belegt. Andererseits müssen diese Ressourcen auch zum Einsatz gelangen oder ihr Einsatz sich zumindest aus einem Behandlungsplan ergeben, damit eine Krankenhausbehandlung vorliegt. Dies ist bei generalisierender Betrachtung dann der Fall, wenn der Versicherte mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden soll. Ist die im Rahmen der Aufnahme zu erwartende Verweildauer deutlich kürzer, muss sich der in dieser kurzen Zeit tatsächlich durchgeführte oder zumindest geplante Mitteleinsatz entsprechend verdichten (BSG a.a.O. Rn. 20). Je intensiver die diagnostische und therapeutische Behandlung des Versicherten den Einsatz sächlicher und personeller Mittel des Krankenhauses erfordert, desto weniger hohe Anforderungen sind für eine vollstationäre Versorgung an die Dauer des Aufenthalts im Krankenhaus zu stellen (BSG, Urteil vom 20.03.2024 [a.a.O. Rn. 23](#)).

Eine stationäre Notfallbehandlung im erstangegangenen Krankenhaus liegt schon dann vor, wenn die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen den intensiven Einsatz von sächlichen und personellen Ressourcen erfordern. Die hohe Intensität kann sich auch aus dem Einsatz verschiedener und in ihrem engen zeitlichen und örtlichen Verbund nur stationär verfügbarer diagnostischer Maßnahmen ergeben. Dies setzt personelle und sächliche Ressourcen voraus, die ambulant nicht in gleicher Weise regelhaft verfügbar sind, wie sie z.B. bei der Behandlung in einem Schockraum zum Einsatz kommen können. Dies setzt aber voraus, dass ein multidisziplinäres Team tatsächlich zusammenkommt und die dort vorhandenen besonderen apparativen Mittel auch in erheblichem Umfang einsetzt (BSG, Urteil vom 29.08.2023 [a.a.O. Rn. 21](#)).

Der Ort der Hand in Hand mit der Diagnostik durchgeführten Behandlung (z.B. Schockraum, sonstiger Behandlungsraum, Stationszimmer etc.) allein beinhaltet noch nicht zwingend eine konkludente Aufnahmeentscheidung des Krankenhauses. Er kann aber ein Indiz dafür sein. Entscheidendes Kriterium für die konkludente stationäre Aufnahme bleibt die Intensität des Einsatzes der spezifischen Mittel des Krankenhauses (BSG a.a.O. Rn. 22). Werden die speziellen Mittel des Schockraums in erheblichem Umfang tatsächlich benötigt und auch genutzt, liegt jedenfalls eine konkludente stationäre Aufnahme vor (vgl. zur Stroke Unit BSG a.a.O. Rn. 23).

Auch die Bereitstellung einer Hintergrundabsicherung durch die besonderen Mittel eines Krankenhauses (z.B. Operationssaal, weitere intensivmedizinische Versorgung, Anästhesist), kann grundsätzlich für sich genommen eine konkludente stationäre Aufnahme darstellen, nicht hingegen bereits eine vollstationäre Aufnahme ohne das Hinzutreten weiterer Umstände, die sich aus der Behandlungsplanung ergeben. Denn ein für die bloß konkludente vollstationäre Aufnahme genügender, verdichteter personeller und sächlicher Mitteleinsatz, der tatsächlich nicht abgerufen worden ist, erfordert jedenfalls die Prognose, dass er sicher zum Einsatz kommen wird (BSG, Urteil vom 20.03.2024 [a.a.O. Rn. 23 m.w.N.](#)).

b) Unter Anwendung dieser Grundsätze wurde der Versicherte im klägerischen Krankenhaus nicht stationär behandelt. Eine Aufnahmeentscheidung ist im Falle des Versicherten nicht dokumentiert (aa). Weiter fehlt es an einem Einsatz der krankenhausspezifischen personellen und sächlichen Ressourcen von hoher Intensität (bb). Es fehlt auch an einer auf einer hinreichenden Prognose basierenden Hintergrundabsicherung als konkludente vollstationäre Aufnahme (cc).

aa) Eine Aufnahmeentscheidung des Krankenhauses ergibt sich anhand der Patientenakte – entgegen der Auffassung der Klägerin – nicht. Vielmehr ist der Versicherte in der ZNA, die über die Ausstattung eines Schockraums verfügt, lediglich notfallmäßig behandelt worden. Sämtliche dokumentierte Behandlungsmaßnahmen sind durch die ZNA veranlasst worden. Dies gilt für die Fortführung der Reanimation inklusive Adrenalingabe, die – zum Zeitpunkt der Übergabe des Versicherten durch den Notarzt bereits eingeleitete – BGA-gesteuerte Pufferung unter mechanischer Ventilation und mechanischer Kardiokompression sowie das in der Patientenakte nicht enthaltene, ausweislich des nicht datierten Arztberichts des Oberarztes A. aber durchgeführte EKG. Ein Behandlungsplan, die Einweisung auf eine bestimmte Station und die Zuweisung eines Bettes sind dagegen nicht dokumentiert. Aufnahmeunterlagen inklusive eines Behandlungsvertrages sind zwar vorbereitet, nicht aber durch das medizinische Personal des Krankenhauses unterschrieben worden. Auch finden sich in diesen Unterlagen keine konkreten Hinweise für die Einweisung auf eine bestimmte Station oder die Zuweisung eines Bettes. Insofern hat das Sozialgericht zutreffend darauf hingewiesen, dass der Zeitpunkt der Ausstellung dieser Unterlagen nicht ersichtlich ist, sodass diese bereits aus diesem Grunde nicht geeignet sind, den Nachweis einer vor Abbruch der Behandlung erfolgten Aufnahmeentscheidung zu führen. Auf der durch die ZNA veranlassten Blutgasanalyse finden sich ebenfalls keine Angaben zu Abteilungs- oder Zimmernummer. Vielmehr wurde durchgehend der ZNA-Aufkleber geführt. Entsprechend ist auch die Todesbescheinigung für den Versicherten mit Angabe der ZNA als ausstellender Stelle versehen. Auf dem Ambulanzbrief vom 16.07.2020 findet sich lediglich der Hinweis, dass der Versicherte in der zwar grundsätzlich dem Fachgebiet Kardiologie zugeordneten CPU (*Chest Pain Unit*) behandelt wurde. Dies bedeutet aber nicht, dass einer Aufnahme in die Klinik erfolgt ist, da die Behandlung in der CPU offensichtlich im Rahmen der ZNA erfolgt und – wie bereits ausgeführt – der Ort der Behandlung allein lediglich Indiz für eine konkludente Aufnahmeentscheidung des Krankenhauses ist.

Entsprechend ist in dem Ambulanzbrief vom 16.07.2020 auch lediglich von einer ambulanten Behandlung die Rede. Soweit sich im Arztbericht des Oberarztes der Vermerk „stationäre Behandlung notwendig“ findet, ergibt sich auch hieraus keine nachvollziehbare Aufnahmeentscheidung, da diese Feststellung vom 16.07.2020 um 14:21 Uhr und damit nach Abbruch der Behandlung und Versterben des Versicherten getroffen wurde, also zu einem Zeitpunkt, zu dem die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung offensichtlich nicht (*mehr*) bestand. Unerheblich ist nach o.g. schließlich auch, dass der Versicherte im Falle einer erfolgreichen Reanimation der stationären Behandlung bedurft hätte (*BSG, Urteil vom 29.08.2023 a.a.O. Rn.16*).

bb) Es fehlt auch an dem tatsächlichen Einsatz der krankenhausspezifischen personellen und sächlichen Ressourcen von hoher Intensität. Zwar ist der Klägerin zuzugeben, dass für die Behandlung in einem Schockraum grundsätzlich erhebliche personelle und sächliche Ressourcen vorgehalten werden müssen. Diese sind aber im konkreten Behandlungsfall – unabhängig davon, dass in der Dokumentation „Notfallteam“ als Zielklinik bzw. als Ort der Patientenübergabe die ZNA/INA und nicht Schockraum angekreuzt ist – eben nicht in der eine konkludente stationäre Aufnahme begründenden hohen Intensität zum Einsatz gekommen. Zutreffend hat das Sozialgericht darauf hingewiesen, dass die Reanimationsmaßnahmen noch auf dem Parkplatz des Golfplatzes um 12:50 Uhr begannen und nach Übergabe des Versicherten um 13:22 Uhr lediglich eine noch 23-minütige Fortführung der Reanimation des bereits mit peripherem Gefäßzugang und korrekt liegendem Endotrachealtubus versorgten Versicherten bei bereits laufender mechanischer Kardiokompression und mechanischer Ventilation durch die Ärzte des Krankenhauses der Klägerin in Form von Adrenalingabe und Durchführung zweier Blutgasanalysen sowie des (*nicht dokumentierten*) EKG erfolgte. Die Versorgung erfolgte durch das seit 12:58 Uhr alarmierte „Notfallteam“; die höchste Qualifikation besaß ein Facharzt für Chirurgie mit der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin. Ein Einsatz der personellen und sächlichen Ressourcen von hoher Intensität liegt damit nicht vor, schon gar nicht wurden die Mittel eines Schockraums in erheblichem Umfang genutzt.

cc) Schließlich fehlt es auch an einer nachvollziehbaren Bereitstellung einer Hintergrundabsicherung für den Versicherten. Das – wie die Beklagte vorträgt – bereits bei Einlieferung räumliche und personelle Ressourcen mit der Möglichkeit einer aufwendigen intensivmedizinischen Versorgung ausschließlich für den eingelieferten Versicherten freigehalten worden wären, ist nicht ersichtlich und insbesondere nicht dokumentiert. Vielmehr wird deutlich, dass das um 12.58 Uhr alarmierte Team als Notfallteam die Versorgung des Versicherten sicherstellte. Es fehlt darüber hinaus bereits an einer konkreten Einweisung auf die Intensivstation oder Zuweisung eines Bettes. Auch finden sich keine sonstigen Hinweise auf eine Behandlungsplanung im Sinne der Anlegung von Dienst- oder Raumbelungsplänen im Hinblick auf die konkrete Versorgung des Versicherten. Zwar werden derartige personelle und sächliche Mittel grundsätzlich vorgehalten. Dass dies konkret im Hinblick auf den Versicherten erfolgt ist, kann aber nicht festgestellt werden. Es fehlt insofern auch an der durch das BSG geforderten (*ärztlichen*) Prognose, dass der für eine Intensivbehandlung notwendige, verdichtete personelle und sächliche Mitteleinsatz sicher zum Einsatz kommen werde. Vielmehr stand im konkreten Fall zunächst allein die Notfallbehandlung in Form der Reanimation als Voraussetzung einer weiteren Behandlung im Vordergrund der ärztlichen Bemühungen. Eine sichere Prognoseentscheidung war zum Zeitpunkt dieser Bemühungen (*noch*) gar nicht möglich.

2. Die Aufnahmeuntersuchung erfüllt keinen sonstigen Vergütungstatbestand, auf den das Krankenhaus einen Anspruch gegen die Beklagte stützen kann.

Ein Krankenhaus hat keinen Anspruch auf eine gesonderte Vergütung der Aufnahmeuntersuchung, wenn die Aufnahmeuntersuchung – wie hier geschehen – Hand in Hand mit der aus der Gesamtvergütung zu finanzierenden ambulanten Notfallbehandlung einhergeht und in tatsächlicher Hinsicht von dieser nicht unterschieden werden kann (*vgl. BSG, Urteil vom 18.05.2021 a.a.O. Rn. 24*).

Ein Vergütungsanspruch wegen vorstationärer Behandlung scheidet hier auch aus anderen Gründen aus. Die von [§ 115a 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 gemäß [§ 75 Abs. 1b S. 1 SGB V](#) nicht Teil der vertragsärztlichen Versorgung, sondern organisatorisch von dieser getrennt ist (*vgl. BSG a.a.O. Rn. 25 m.w.N.*).

3. Kostenentscheidung und Streitwertfestsetzung folgen aus [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#) bzw. [§§ 62 Abs. 2 S. 1, 52 Abs. 3 S. 1, 47 Abs. 1 S. 1 GKG](#).

Anlass, gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) die Revision zuzulassen, besteht nicht, da die wesentlichen rechtlichen Fragen im Hinblick auf die erfolgte Schockraumbehandlung in der genannten Rechtsprechung des BSG geklärt. Zur Beurteilung stand vorliegend nichts weiter als die Anwendung dieser Grundsätze auf den vorliegenden Einzelfalls.

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-07-25