

S 210 KR 454/10

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

SG Berlin (BRB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

210

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 210 KR 454/10

Datum

31.08.2011

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von Krankenhausleistungen.

Die Klägerin ist Trägerin des Krankenhauses W in B. Dieses behandelte die bei der Beklagten Versicherte Frau M N am 3.7.2007. Vorausgegangen war eine Krankenhauseinweisung der die Versicherte behandelnden Frauenärztin Dr. B durch Verordnung von Krankenhausbehandlung vom 26.6.2007 mit der Diagnose "Z.n. Mammacarcinom re C50.9 RZ; Mammatumor li. N63 LG, zur Abklärung und hist. Klärung".

Die Beklagte übersandte der Klägerin mit Schreiben vom 26.6.2007 eine Kostenübernahme für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten N. Die Klägerin berechnete der Beklagten mit Schluss-Rechnung vom 7.1.2008 einen Rechnungsbetrag von 119,13 EUR. Diesen beglich die Beklagte (unter Vorbehalt).

Am 29.1.2008 bat die Beklagte die Klägerin um Erstellung eines Kurzberichtes zu der erfolgten Behandlung am 3.7.2007. Als Begründung gab sie an: "Medizinische Notwendigkeit einer vorstationären Behandlung ist nicht ersichtlich. Erfolgte nicht doch nur eine ambulante Behandlung im Brustzentrum?".

Die Beklagte beauftragte den MDK mit der Prüfung der Vertretbarkeit einer vorstationären Behandlung der Versicherten. Dieser zeigte der Klägerin am 14.2.2008 seine Prüfung an. Das Krankenhaus übersandte den Kurzbericht für die Patientin vom 12.2.2008 und teilte darin mit, dass es im Rahmen einer vorstationären Behandlung eine Sonographie und Mammographie der linken Mamma bei suspektem Befund durchgeführt habe im Hinblick auf eine am 30.7.2007 vorgesehene Mastastanzbiopsie links. Der MDK teilte am 18.2.2008 mit, dass er die Einsichtnahme in die Krankenunterlage im Haus der Klägerin vornehmen wolle, in seiner Einzelfallbegutachtung vom 29.4.2009 teilte er mit, dass die prästationäre Aufnahme der Versicherten zur Durchführung der Kontrolluntersuchung nicht begründet gewesen sei. Es habe sich hier um eine nicht invasive Diagnostik gehandelt, die ambulant hätte durchgeführt werden können. Dies teilte die Beklagte der Klägerin mit und bat um Übersendung einer korrigierten Rechnung und Entlassungsanzeige, andernfalls werde der Differenzbetrag von der Klägerin zurückgefordert oder mit anderen Rechnungen der Klägerin verrechnet. Im letzteren Fall werde die Beklagte eine entsprechende Aufrechnungserklärung zusenden. Am 25.8.2009 verrechnete die Beklagte den vollständigen Betrag.

Die Klägerin hat am 18.3.2010 Klage erhoben. Die Versicherte sei mit einer Einweisung eines niedergelassenen Facharztes gekommen, um eine suspekte Diagnose zu klären bzw. zu behandeln. Schon die ärztliche Einweisung belege, dass eine stationäre Behandlung erforderlich gewesen sei. Bei der dann durchgeführten Kontrollsonographie und Mammographie sei festgestellt worden, dass kein Grund für eine vollstationäre Behandlung vorliege und es sei eine Entlassung erfolgt. Sie habe eine vorstationäre Behandlung im Krankenhaus (entsprechend [§ 115a SGB V](#)) erbracht. Bei einer vorstationären Behandlung solle u.a. gerade geklärt werden, ob eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit bestehe. Ob sie notwendig sei, sei dem Ermessen des verantwortlichen Krankenhausarztes anheimgegeben, dies finde im Wortlaut des [§ 115a SGB V](#) Berücksichtigung. Aus dem Text des [§ 115a SGB V](#) folge gerade nicht, dass die vorstationäre Behandlung nur im Vorfeld oder Nachgang zu einer vollstationären Krankenhausbehandlung erfolgen könne. Sei dies nicht der Fall, müsse eine ambulante Behandlung erfolgen. Ob dies dann im Wege einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus oder bei einem niedergelassenen Vertragsarzt erfolge, sei unerheblich. Das Krankenhaus sei als stationärer Leistungserbringer aktiv und eine stationäre Versorgung sei letztlich vermieden worden. Sie beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 119,13 EUR nebst Zinsen hieraus in

Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 26.8.2009 zu zahlen und die Berufung gegen die Entscheidung des Sozialgerichts zuzulassen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung habe nicht bestanden, folglich auch kein Vergütungsanspruch. Die durchgeführte Behandlung sei ambulant erbringbar gewesen, eine Mammographie sei eine ambulant durchführbare Maßnahme der Diagnostik. Das sei anlässlich der Krankenhausbegehung durch den MDK auch einvernehmlich besprochen worden. Medizinische Gründe, welche gegen eine ambulante Durchführung sprechen würden, trage die Klägerin nicht vor. Maßgeblich sei, dass es in ambulanten Einrichtungen in Berlin genügend Möglichkeiten gebe, eine Mammographie durchführen zu lassen. Eine vorstationäre Krankenhausbehandlung hätte also vermieden werden können. Hiervon hätte auch die Klägerin ausgehen müssen, insbesondere aufgrund ihrer fehlenden Ermächtigung nach [§ 116a SGB V](#). Die Alternative einer ambulant zu erbringenden Diagnostik hätte sowohl der einweisende Arzt als auch der behandelnde Krankenhausarzt erkennen können und müssen. Auf die Einschätzung des behandelnden Arztes komme es bei der Frage der stationären Behandlungsbedürftigkeit nach dem Beschluss des Großen Senates des BSG zu dieser Thematik nicht an. Das Argument, dass mit der vorgenommenen Behandlung eine stationäre Behandlung vermieden worden sei, sei nicht einsichtig, da auch mit einer ambulant vorgenommenen Behandlung in Gestalt der Diagnostik eine stationäre Behandlung hätte vermieden werden können. Zwar handele es sich bei der vorstationären Behandlung – nach Auffassung des BSG – um eine Sonderform der ambulanten Versorgung, sie dürfe aber nur erbracht werden im Vorfeld oder Nachgang einer tatsächlich stattfindenden vollstationären Krankenhausbehandlung. Es müssten die gleichen Voraussetzungen wie für andere Formen der Krankenhausbehandlungen vorliegen, insbesondere der Vorrang der ambulanten vor der stationären Versorgung beachtet werden. Eine Krankenhausverordnung dürfe nach [§ 73 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) nur ausgestellt werden, wenn ambulante Versorgung nicht ausreiche.

Das Gericht hat die Patientenakte von der Klägerin beigezogen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die ausgetauschten Schriftsätze nebst Anlagen, die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Patientenakte verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) ist nicht begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf weitere Vergütung erbrachter Krankenhausleistungen. Ein solcher ist durch Aufrechnung erloschen.

Anspruchsgrundlage für das klägerische Begehren auf Zahlung und eines Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Absatz 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit der Budget- und Entgeltvereinbarung 2008. Dabei stand der Klägerin, was zwischen den Beteiligten unstreitig ist, der Vergütungsanspruch ursprünglich zu. Streitig ist allein, ob er durch Aufrechnung der Beklagten in Höhe von 119,13 EUR erloschen ist. Durch Aufrechnung vom 25.8.2009 ist der Anspruch erloschen. Der Beklagten stand insoweit eine aufrechenbare Gegenforderung zur Verfügung. Diese resultierte aus der Bezahlung der Schlussrechnung für die Behandlung ihrer Versicherten N. Die Beklagte hat ohne Rechtsgrund auf die Schlussrechnung den abgerechneten Betrag geleistet. Unmittelbar mit der Erfüllung der vermeintlichen Vergütungsverpflichtung ist ein Rückzahlungsanspruch entstanden, dessen Rechtsnatur durch den Charakter der zugrunde liegenden Leistungsbeziehung bestimmt wird ([BGHZ 103, 255](#), 258). Die Leistungsbeziehung ist auch hinsichtlich der daraus erwachsenden Vergütungsansprüche öffentlich-rechtlicher Natur ([BSGE 86, 166](#) ff.), der Rückforderungsanspruch wegen Leistungen, die ohne Rechtsgrund erbracht worden sind, gründet sich auf [§ 812 BGB](#) analog (öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch).

Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch ist mit der Zahlung entstanden, weil die Klägerin keinen Vergütungsanspruch aus der Behandlung der Versicherten N gegen die Beklagte erworben hat. Anspruchsgrundlage der erbrachten Leistungen durch das Krankenhaus für die erbrachte Leistung ist [§ 115a Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) (in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21.12.1992, BGBl. I., S. 2266) i.V.m. § 1 und Anlage 1 Nr. 24 der Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach [§ 115a Abs. 3](#) vom 30.12.1996. Voraussetzung des Vergütungsanspruchs ist, dass es sich um eine Behandlung nach [§ 115a SGB V](#) handelte. Das ist im Ergebnis nicht der Fall. Nach [§ 115a Abs. 1 SGB V](#) kann das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um 1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder 2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Eine nachstationäre Behandlung im Sinne des [§ 115a Abs. 1 Nr. 2](#) scheidet im Fall der Behandlung der Versicherten N unstreitig schon deshalb aus, weil der streitigen vom 3.7.2007 Behandlung keine vollstationäre Krankenhausbehandlung vorausgegangen ist.

Es liegt aber auch keine vorstationäre Leistung nach [§ 115a Abs. 1 Nr. 1](#) vor (a.A. in einem vergleichbaren Fall, SG Berlin, Urteil vom 23.02.2011, [S 112 KR 464/10](#), zitiert nach juris). Die nach [§ 115a Abs. 1](#) 1. Halbsatz erforderliche vertragsärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung wurde ausgestellt und die Klägerin hat die Versicherte auch ohne Unterkunft und Verpflegung behandelt, jedoch wurde mit der durchgeführten Behandlung weder die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung i.S. der Vorschrift geklärt ([§ 115a Abs. 1 Nr. 1](#), 1. Alt.) noch die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorbereitet ([§ 115a Abs. 1 Nr. 1](#), 2. Alt.). Eine Vorbereitung einer vollstationären Krankenhausbehandlung ([§ 115a Abs. 1 Nr. 1](#), 2. Alt. SGB V) liegt darin deshalb nicht, weil weder zum Zeitpunkt der ärztlichen Verordnung noch zum Zeitpunkt des Aufenthaltes der Versicherten bereits eine vollstationäre Krankenhausbehandlung geplant war, im Zuge dessen die Behandlung am 3.7.2007 erfolgt ist; auch im Hinblick auf eine am 30.7.2007 geplante Stanzbiopsie ist das nicht der Fall, es ist insoweit schon fraglich, ob diese eine vollstationäre Maßnahme ist und tatsächlich stattgefunden hat, selbst wenn, erfolgte die Behandlung am 3.7.2007 – schon ausweislich der vertragsärztlichen Verordnung und auch nach klägerischem Vortrag – nicht im Hinblick auf die Biopsie, sondern zur Abklärung eines suspekten Befundes mittels Sonografie und Mammographie. Mit der durchgeführten Behandlung wurde nicht die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung geklärt ([§ 115a Abs. 1 Nr. 1](#), 1. Alt. SGB V). Dies folgt nicht bereits aus dem Wortlaut der Bestimmung. Dieser umfasst, soweit er darauf abstellt, die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären, jegliche (auch diagnostische) Maßnahmen, die mit dem Ziel vorgenommen werden, eine schwere Erkrankung auszuschließen, die – wenn sie vorliegt – typischerweise eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nach sich zieht. Nach Wortlaut und Systematik ist für die vorstationäre Behandlung im Übrigen unschädlich, wenn ihr im Ergebnis keine vollstationäre Krankenhausbehandlung folgt. Anders als die Beklagte vertritt, ist [§ 115 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) nicht auf

solche vorstationäre Behandlungsmaßnahmen beschränkt, denen eine vollstationäre Krankenhausbehandlung mit Unterkunft und Verpflegung tatsächlich folgt. Darf nach dem Wortlaut der 1. Alt. der Nr. 1 eine Behandlung erfolgen, um (gerade) die Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung zu klären, müssen von Nr. 1 auch Fälle erfasst sein, in denen der vorstationären Behandlung (gerade) keine vollstationäre folgt. Von diesem Verständnis geht auch die Vergütungsbestimmung des § 1 der Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung vom 30.12.1996 aus. Nach § 1 Satz 3 ist für die Berechnung die Pauschale der Fachabteilung maßgeblich, welche die vorstationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt hat, falls im Anschluss an eine vorstationäre Behandlung eine vollstationäre Behandlung nicht erforderlich ist. Diese Abrechnungsbestimmung wäre überflüssig, wenn nur solche Behandlungen als vorstationäre abrechenbar wären, denen eine vollstationäre Behandlung nachgefolgt ist.

Eine vorstationäre Behandlung im Sinne des § 115a Abs. 1 scheitert im vorliegenden Fall daran, dass die Behandlung hier nicht erfolgt ist, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären, sondern um zu klären, ob eine Krankheit i. S. des [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) vorliegt. Diese konkret vorgenommene diagnostische Maßnahme als Inhalt der erfolgten Behandlung kann nicht Gegenstand der Behandlung nach [§ 115a SGB V](#) sein. Sie hätte ambulant vertragsärztlich erfolgen können und müssen. § 115a erlaubt insoweit keine voraussetzungslose Ausweitung der Tätigkeit des Krankenhauses in einen Bereich, der der vertragsärztlichen Behandlung vorbehalten und weiter zugewiesen ist. Das ergibt sich aus der Systematik, Entstehungsgeschichte sowie Sinn und Zweck der Vorschrift.

Mit dem Erfordernis, dass eine vorstationäre Behandlung nur zulässig erfolgen kann, wenn eine vertragsärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung vorliegt, konstituiert § 115a kein bloßes Formerfordernis, sondern eine inhaltliche Anforderung für die zulässige Leistungserbringung. Wie auch im Bereich der klassischen vollstationären Krankenhausbehandlung für Behandlungen, die nicht Notfallbehandlungen sind, das Erfordernis einer vertragsärztlichen Einweisung vorliegen muss ([§ 39 Abs. 2 SGB V](#)), macht auch § 115a die Leistungserbringung durch das Krankenhaus von der vertragsärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung abhängig. Mit dem Erfordernis weist er den einweisenden Vertragsarzt auf die Anforderungen, die [§ 73 Abs. 4 SGB V](#) für die Ausstellung einer Krankenhausverordnung für den Vertragsarzt bereithält. Nach § 73 Abs. 4 darf Krankenhausbehandlung vom Vertragsarzt nur verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolges nicht ausreicht. Weder in § 115a noch in § 73 selbst ist für die vorstationäre Leistung eine abweichende Bestimmung getroffen worden. Nach [§ 73 Abs. 4 SGB V](#) muss der Vertragsarzt somit bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung nicht nur prüfen, ob anstelle der vollstationären (klassischen) Krankenhausbehandlung die alternativen nach §§ 115a und 115b in Betracht kommen, sondern er muss darüber hinaus prüfen, ob die Einweisung nach [§ 115a SGB V](#) unterbleiben kann, wenn die notwendigen Voruntersuchungen für einen Krankenhausaufenthalt ambulant von anderen Vertragsärzten ausgeführt werden können (so Hess in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, [§ 73 SGB V](#) Rn. 34; Steege in: Hauck/Noftz, [§ 115a SGB V](#) RdNr. 7). Eine Aufweichung dieser strengen Anforderungen ist von [§ 115a SGB V](#) weder beabsichtigt noch geboten. 115a SGB V hat für die vor- und nachstationären Leistungen - wie § 115b für die ambulanten Behandlungen - für die Krankenhäuser eine konstitutive Funktion im Sinne einer Erweiterung ihres Rechtskreises (für [§ 115b SGB V](#) jüngst ausgeführt von BSG, Urteil vom 23.3.2011, [B 6 KA 11/10 R](#), Rn. 52 f, zitiert nach juris). Den kompetenzerweiternden und nicht nur klarstellenden Charakter hat das BSG speziell für [§ 115a SGB V](#) im Zusammenhang mit den Ermächtigungen von Krankenhausärzten nach [§ 116 SGB V](#) ausgeführt: "Durch das besondere Institut der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung i.S. des [§ 115a SGB V](#) ist erst die Möglichkeit geschaffen worden, prä- und postoperative Untersuchungen, die nach früherem Recht nur entweder unter vollstationären Bedingungen oder ambulant im Rahmen der Ermächtigung des Krankenhausarztes erbracht werden konnten, nunmehr in engem zeitlichen Zusammenhang mit dem stationären Eingriff auch ambulant im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchzuführen. Anders als nach bisherigem Recht führt daher die Verordnung von Krankenhauspflege nicht mehr stets zu einer scharfen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, sondern zu einer Überschneidung beider Leistungsbereiche" (BSG, [SozR 3-2500 § 116 Nr. 13](#) S. 69 f.). Mit dem Institut des [§ 115a SGB V](#) ist damit dem Krankenhaus nicht eine Leistung zugeschrieben, die es von jeher erbringen durfte, sondern erstmals eröffnet worden. Hintergrund war sowohl für § 115a als auch § 115b (ambulantes Operieren im Krankenhaus) die gesetzgeberische Erkenntnis, dass die Trennung von ambulanter und stationärer Behandlung in vielen Fällen zu nicht notwendigen oder zu langen Krankenhausbehandlungen führt und eine strukturelle Ursache für die Unwirtschaftlichkeit darstellt und Einsparmöglichkeiten im Bereich der prä- und poststationären sowie operativen Behandlung bestehen ([BT-Drs. 12/3608 S. 102](#)). Daraus folgt für das BSG, "die Erweiterung der ambulanten Behandlungsberechtigung für Krankenhäuser ist nur auf bestimmte, eng begrenzte Bereiche beschränkt, um durch eine Reduzierung der vollstationären Behandlung eine Verminderung der Krankenhauskosten zu erreichen" ([BSGE 74, 263](#), 264 f). Dieser Ausnahmecharakter und die enge Begrenzung der Öffnung ist bei der Interpretation des [§ 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) nach Auffassung der Kammer zu beachten (ähnlich das BSG für [§ 115b SGB V](#) i.V.m. dem AOP-Vertrag, Urteil vom 23.3.2011, [B 6 KA 11/10 R](#), zitiert nach juris). Bezugspunkt und Begrenzung für die prä- und poststationären Leistungen des Krankenhauses ist die vollstationäre Krankenhausbehandlung. Sie gilt es einzugrenzen und auf das notwendige Maß zu reduzieren (vgl. die Gesetzesbegründung, s.o). Für die poststationären Leistungen wird die Erlaubnis des Krankenhauses begrenzt durch einen zeitlich-funktionellen Bezug zu einer vollstationären Behandlung: sie muss im (zeitlichen) Anschluss an eine vollstationäre Behandlung erfolgen (dazu BSG, Urteil vom 10.3.2010, [B 3 KR 15/08 R](#), [SozR 4-2500 § 115a Nr. 1](#) Rn. 10). § 115a Abs. 2 Satz 1 formuliert hier für die Leistung eine zeitliche Grenze und diese muss dazu dienen, den (vollstationären) Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (vgl. den Wortlaut des [§ 115a Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#)). Für die prästationären Leistungen des [§ 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) ist in der zweiten Alternative (Vorbereitung einer vollstationären Krankenhausbehandlung) eine entsprechende Bindung an die vollstationäre Behandlung im Gesetz selbst als Grenze formuliert. Eine Vorbereitung setzt voraus, dass dem Grunde nach eine vollstationäre Behandlung feststeht und die (ambulanten) Maßnahmen des Krankenhauses im Hinblick auf diese und für deren erfolgreiche Durchführung erforderlich sind. Nach [§ 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) ist hierfür ebenfalls eine zeitliche Grenze formuliert. Der zeitlich-funktionale Zusammenhang schließt es in beiden Fällen aus, Leistungen (auch diagnostischer Art) zu erbringen, die für die vollstationäre Behandlung nicht erforderlich sind (zum Zusammenhang: Knittel in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, § 115a Rn. 4). Für die (eng) begrenzte Leistungserbringung (und für einen Vorrang der vertragsärztlichen Behandlung im Übrigen) spricht auch [§ 115a Abs. 2 Satz 5 SGB V](#). Danach wird eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung im Rahmen des Sicherstellungsauftrages durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet ([BSGE 74, 263](#), 264). Im Hinblick auf die erste Alternative des [§ 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), wonach die prästationäre Leistung erfolgen darf, um die Erforderlichkeit der vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären, ist die Bestimmung der zulässigen Leistungen scheinbar eindeutig, wenn eine vollstationäre Krankenhausbehandlung folgt. Wie oben ausgeführt, ist diese nachfolgende Behandlung jedoch nicht erforderlich, aber auch nicht allein ausreichend (in diese Richtung aber wohl BSG, Urteil vom 10.3.2010, [B 3 KR 15/08 R](#), [SozR 4-2500 § 115a Nr. 1](#) Rn. 10), sondern ist eine Leistung im Hinblick auf den Zweck - bloße Klärung - auch möglich, wenn keine vollstationäre Behandlung folgt. In beiden Fällen muss jedoch, wenn diese Alternative sich nicht qualitativ von den anderen des [§ 115a SGB V](#) unterscheiden soll, zumindest ein funktioneller, nicht notwendig real zeitlicher Bezug zu einer vollstationären Behandlung gegeben sein. Die vollstationäre

Krankenhausbehandlung überkommener Art, von der auch [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) mit der organisatorisch-sächlichen Umschreibung des Krankenhauses nach wie vor ausgeht, setzt voraus, dass der Behandlungserfolg ambulant-fachärztlich nicht erreicht werden kann. Übertragen auf das Erfordernis, dass bei [§ 115 Abs. 1 Nr. 1](#) 1. Alt. SGB V geklärt werden soll, ob eine vollstationäre Behandlung (anstelle einer anderen Krankenhausbehandlung i.S. des [§ 39 SGB V](#)) erforderlich ist, werden danach unstreitig Fälle erfasst, in denen aufgrund einer bestehenden Erkrankung und der zur Behandlung erforderlichen sächlich-personellen Ausstattung eine stationäre Behandlung angezeigt ist, mit den Maßnahmen des [§ 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) durch das Krankenhaus aber geklärt werden soll, ob die Behandlung möglicherweise nicht vollstationär, sondern teilstationär oder nach [§ 115b SGB V](#) ambulant erfolgen kann. Voraussetzung ist dann aber, dass im Hinblick auf Diagnostik und Behandlung die ambulanten vertragsärztlichen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind, es dem Krankenhaus aber ermöglicht wird, zu bestimmen, ob zwingend eine vollstationäre Behandlung erforderlich ist. Darauf deutet das Erfordernis der Verordnung von Krankenhausbehandlung auch für diese Alternative der Krankenhausbehandlung hin (dazu bereits oben), diese wäre bei anderer Betrachtung möglicherweise entbehrlich. Die vertragsärztliche Verordnung der Krankenhausbehandlung soll dann im Bereich des [§ 115a SGB V](#) nicht nur rechtlich die Einordnung der Leistung als Krankenhausbehandlung begründen (so Hess in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 115a RdNr. 3), sondern wäre auch inhaltlich Voraussetzung dafür, dass das Krankenhaus seine teilstationären oder ambulanten Möglichkeiten nutzen darf. Dem steht die Auffassung des 3. Senates des BSG nicht entgegen, wonach die vorstationäre Behandlung zwar eine Sonderform der ambulanten Versorgung, aber Teil der Krankenhausbehandlung ist ("Leistungserbringung eigener Art", "Annex zur vollstationären Versorgung", "stationäre Behandlung im weiteren Sinne"). Nicht von [§ 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) umfasst sind dann aber Fälle, in denen – wie hier – bei Einweisung in das Krankenhaus überhaupt nicht feststeht, ob eine Erkrankung vorliegt und in denen schon die Bestimmung des krankheitswertigen Zustandes selbst durch ambulante vertragsärztliche, speziell fachärztliche Behandlungsmaßnahmen erfolgen kann. Hier ist der Zusammenhang der ergriffenen Maßnahmen (Diagnostik) zu einer vollstationären Behandlung und deren Klärung ein zunächst nur mittelbarer. Die allein durchgeführte Diagnostik wird nicht ergriffen, um zu klären, ob eine vollstationäre Behandlung erforderlich ist, sondern ob überhaupt eine Krankenbehandlung erforderlich ist. Mit der Übernahme solcher Fälle aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, die nach Kenntnisstand des einweisenden Arztes und des Krankenhausarztes (noch) keine Krankenhausbehandlung (weder voll- noch teilstationär) erfordern, zur Durchführung von Maßnahmen, die ambulant erfolgen könnten, können die Krankenhäuser im Ergebnis ihre Tätigkeit entgegen der Zielrichtung des [§ 115a SGB V](#) in den dem vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrag vorbehaltenen Bereich ausdehnen. Letzterem gebührt aber auch im Bereich des [§ 115a SGB V](#) der Vorrang, wie sich an [§ 115a Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) zeigt (BSGE 74, 263, 264, dazu oben). Dem kann weder entgegengehalten werden, dass auch ansonsten eine Krankenhausverordnung zu rein diagnostischen Zwecken zulässigerweise ausgestellt werden kann, noch, dass [§ 115a Abs. 1 Nr. 1](#) 1. Alt. SGB V nach der hier vertretenen Auffassung nur einen praktisch schmalen Anwendungsbereich hat. Die Einweisung des Arztes setzt, wenn eine Erkrankung seitens des einweisenden Arztes nicht gesichert ist, die Einweisung in das Krankenhaus aber zu einer umfassenden und abschließenden Diagnostik erfolgt, voraus, dass die ambulanten Maßnahmen (vertragsärztlicher Art) ausgeschöpft sind bzw. die Diagnostik selbst nur unter stationären Bedingungen des Krankenhauses erfolgen kann. Der praktisch schmale Anwendungsbereich der vorstationären Leistungen zur Klärung der vollstationären Krankenhausbehandlung ist im Gesetz und seiner Entstehungsgeschichte angelegt und beruht damit möglicherweise auf einer nur vagen gesetzgeberischen Vorstellung. Schließlich taugt als Beleg dafür, dass auch reine, ambulant erbringbare Diagnostikleistungen der vorliegenden Art vorstationäre Leistungen sein können, die Einschränkung des [§ 115a Abs. 1 SGB V](#), wonach eine Behandlung in "medizinisch geeigneten Fällen" erfolgen soll, im Ergebnis nicht. Nach der Gesetzesbegründung bezieht sich der Begriff der "medizinisch geeigneten Fälle" auf das Erfordernis, dass die Patienten während und neben der Behandlung keine Unterkunft und Verpflegung benötigen, schließt damit Leistungen aus, die notwendigerweise mit Unterkunft und damit unter ständiger ärztlicher Aufsicht erfolgen müssen. Der Begriff bezieht die medizinische Geeignetheit dagegen nicht auf die durchzuführende prästationäre Behandlung selbst, um diese näher einzugrenzen. [§ 39 SGB V](#) mit der gleichrangigen Erwähnung der verschiedenen Krankenhausbehandlungsformen spricht nicht dagegen, [§ 115a SGB V](#) ist insoweit, auch für die Subsidiarität zur ambulant-vertragsärztlichen Versorgung die speziellere Vorschrift.

Entgegen der Auffassung der Klägerin in der mündlichen Verhandlung wäre der Fall nicht anders zu beurteilen, wenn die Versicherte nach der prästationären Leistung in die vollstationäre Behandlung aufgenommen worden wäre, weil sich der suspekte Befund als schwere Erkrankung herausgestellt hätte. Auch in diesem Fall wäre eine prästationäre Leistung zur Diagnostik, die mit den Mitteln der ambulanten fachärztlichen Versorgung hätte durchgeführt werden können, nicht als Krankenhausbehandlung nach [§ 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) gerechtfertigt gewesen.

Liegt keine vorstationäre Leistung nach [§ 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) vor, kann die Beklagte ihre Vergütung für die unstreitig erbrachte Leistung nicht auf andere Rechtsgrundlagen stützen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.Vm. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Die Berufung bedurfte nach [§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) der Zulassung, weil aufgrund des Klageanspruchs von 119,13 EUR die Berufungssumme nicht erreicht war; sie war gemäß [§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zuzulassen, weil die Rechtsfrage, unter welchen Voraussetzungen eine prästationäre Leistung vorliegt, z.B. von der 112. Kammer des SG Berlin, abweichend beurteilt wird ([S 112 KR 464/10](#)) und bislang obergerichtlich nicht geklärt ist.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-12-30