Landessozialgericht NRW, L 10 KR 776/20

Datum:	07.06.2021
Gericht:	Landessozialgericht NRW
Spruchkörper:	10. Senat
Entscheidungsart:	Urteil
Aktenzeichen:	L 10 KR 776/20
ECLI:	ECLI:DE:LSGNRW:2021:0607.L10KR776.20.00

Vorinstanz:	Sozialgericht Duisburg, S 46 KR 53/19
Sachgebiet:	Sozialrecht
Rechtskraft:	rechtskräftig

Tenor:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 07.09.2020 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren festgesetzt auf 348,69 €.

Tatbestand: 1

Die Beteiligten streiten um die Vergütung von drei Behandlungsfällen als Abklärungsuntersuchung. 2

Die Klägerin ist Trägerin eines nach § 108 Nr 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zugelassenen Krankenhauses, in dem die drei bei der Beklagten versicherten Patienten wie folgt – jeweils ohne vertragsärztliche Verordnung einer stationären Krankenhausbehandlung – in der Notfallambulanz des Krankenhauses behandelt wurden: 3

a. Die Versicherte U Z stellte sich am 20.02.2018 gegen 16:00 Uhr aufgrund kolikartiger Schmerzen im Haus der Klägerin vor. In der Notfallambulanz wurden ein CT des Abdomens und Laboruntersuchungen veranlasst, woraufhin die behandelnden Ärzte die Diagnose eines Harnleitersteins links mit Harnaufstau 3. Grades stellten. Da die Einrichtung der Klägerin nicht über eine Fachabteilung für Urologie verfügte, wurde die Versicherte nach intravenöser 4

Schmerzmittelgabe am selben Tage zur Weiterbehandlung in die Klinik für Urologie des F Krankenhauses Oberhausen verwiesen und dort am nächsten Morgen operiert. Mit Rechnung vom 22.05.2018 forderte die Klägerin für die Behandlung einen Betrag iHv 334,55 € auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

b. Die Versicherte F1 H wurde am 27.04.2018 kurz nach 19:00 Uhr mit dem Krankentransportwagen wegen starker Flankenschmerzen links in die klägerische Klinik eingeliefert. Bei ihrer Untersuchung und einer Sonographie in der Notfallambulanz der Klägerin zeigten sich eine Nierenstauung zweiten Grades links, mehrere Phlebolithen sowie der Verdacht auf ein Ureterstein links. Auch diese Versicherte wurde nach intravenöser Schmerzmittelgabe noch am selben Tage direkt an die Urologische Abteilung des F Krankenhauses Oberhausen verwiesen und dort am Folgetag operiert. Mit Rechnung vom 30.06.2018 forderte die Klägerin für die Behandlung einen Betrag iHv 347,39 € auf Basis der GOÄ. 5

c. Der Versicherte G H1 stellte sich am 20.05.2018 gegen 22:00 Uhr in der Notfallambulanz der Klägerin vor und wurde dort aufgrund seit 10 Wochen bestehender Durchfälle und des Verdachts auf Rezidiv einer Clostridien-Infektion sowie akuter Übelkeit und Schwindel bei einem RR von 80/40 mmttg untersucht. Es wurde ein EKG durchgeführt und intravenös Flüssigkeit substituiert. Nachdem sich bessere Blutdruckwerte, jedoch laborchemisch erhöhte Kreatinin- sowie Entzündungswerte zeigten, welche den Verdacht auf eine erneute Clostridien-Infektion verstärkten, veranlassten die behandelnden Ärzte die Weiterbehandlung des Versicherten im L Krankenhaus in Mülheim. Mit Rechnung vom 30.06.2018 forderte die Klägerin für die Behandlung einen Betrag iHv 109,88 € auf Basis der GOÄ. 6

Die Beklagte bezahlte die Rechnungen nicht, da sie der Auffassung war, dass eine Abrechnung einer vorstationären Untersuchung nicht zulässig sei, da in allen drei Fällen keine vertragsärztliche Verordnung vorgelegen habe. 7

Am 10.01.2019 hat die Klägerin daher vor dem Sozialgericht Duisburg (SG) Klage erhoben und vorgetragen, sie habe Anspruch auf Zahlung von 791,82 €. 8

Eine vertragsärztliche Verordnung sei in allen drei Fällen nicht erforderlich gewesen sei, da sie keine vorstationäre Leistung im Sinne des § 115a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) erbracht, sondern vielmehr eine stationäre Krankenhausbehandlung eingeleitet habe. Das Bundessozialgericht (BSG) habe mit Urteil vom 19.06.2018 (B 1 KR 26/17 R - juris) darauf hingewiesen, dass jedes Krankenhaus bei ihm präsente Versicherte in Notfällen unmittelbar behandeln müsse. Sofern ein Krankenhaus dann bei der Erstuntersuchung feststelle, dass eine Krankenhausbehandlung erforderlich sei, solle und dürfe das Krankenhaus Versicherte behandeln, ohne eine vertragsärztliche Verordnung abwarten zu müssen. Dabei habe die Klägerin gemäß den Regelungen des Landesvertrages Nordrhein-Westfalen über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V (Landesvertrag) abgerechnet. In § 2 Abs 4 des Landesvertrages sei vorgesehen, dass die Abklärungsuntersuchung Bestandteil der Krankenhausbehandlung sei. Ergebe diese, dass eine Krankenhausbehandlung nur in einem anderen Krankenhaus erbracht werden könne, könnten die dabei erbrachten Leistungen nach den Bestimmungen gemäß Anlage 1 zum Landesvertrag auf Basis der GOÄ abgerechnet werden. 9

Auf einen Hinweis des SG hat die Klägerin die Rechnungen für die Versicherten Z (a) und H (b) auf einen Betrag in Höhe von je 100,72 € und für den Versicherten H1 (c) auf einen Betrag in Höhe von 147,25 €, mithin die Klagesumme auf 348,69 € reduziert und die Klage im Übrigen zurückgenommen. 10

Die Beklagte hat vorgetragen, dass die Abrechnung einer stationären Behandlung ohne Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung nicht zulässig sei – weder nach § 115a SGB V noch nach dem Landesvertrag. Eine stationäre Behandlung nach § 115a SGB V setze tatbestandlich eine Verordnung voraus. Ebenso sei eine Abklärungsuntersuchung nach dem Landesvertrag ein Teil der Krankenhausbehandlung, deren Voraussetzungen gegeben sein müssten. § 2 des Landesvertrages setze für eine Krankenhausbehandlung voraus, dass die Krankenhausbehandlung von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder einer ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung verordnet und nach Art und Schwere der Krankheit die medizinische Versorgung gemeinsam mit pflegerischer Hilfeleistung nur mit den Mitteln eines Krankenhauses möglich sei, weil ambulante vertragsärztliche Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs 1 SGB V oder eine ambulante Operation nach § 115b SGB nicht ausreichten. An dieser Verordnung fehle es in den drei Behandlungsfällen. Die Klägerin habe die Behandlungen in den drei streitgegenständlichen Fällen allenfalls über die Notfallpauschale für den organisierten Notfalldienst (Ziffern 1210/1212 EBM) über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen können. 11

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 07.09.2020 abgewiesen und die Berufung zugelassen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass die drei Patienten ambulant und ohne Eingliederung in die Struktur des Krankenhauses untersucht worden seien, um abzuklären, ob und welche Art der Krankenhausbehandlung erforderlich sei. Damit habe es sich in der Sache um vorstationäre Untersuchungen gehandelt, für deren Vergütung nach § 115a Abs 1 Satz 1 SGB V tatbestandlich zwingend eine Verordnung vorausgesetzt sei. Da diese nicht vorliege, bestehe keine bundesrechtliche Anspruchsgrundlage für die geltend gemachte Vergütung. Aus § 2 Abs 2 – 4 und Anlage 1 des Landesvertrages iVm § 115a SGB V könne die Klägerin ihren Anspruch auch nicht ableiten. Zwar bilde diese Regelung eine Vergütungsgrundlage für die durchgeführten Abklärungsuntersuchungen, wenn man zugunsten der Klägerin unterstelle, dass es sich bei den drei Behandlungsfällen um Notfälle im Sinne der Definition des Landesvertrages gehandelt habe und die anschließende Behandlung im Haus der Klägerin nicht möglich gewesen sei. Diese Regelung des Landesvertrages verstoße jedoch gegen höherrangiges Recht, soweit sie eine Anspruchsgrundlage für ambulante Untersuchungen zur Klärung der Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung ohne vertragsärztliche Verordnung schaffe. Denn § 112 Abs 1 SGB V erlaube den Vertragsparteien des Landesvertrages nur Regelungen innerhalb der bundesgesetzlichen Grenzen. Die von der bundesrechtlichen Regelung des § 115a SGB V vorausgesetzte vertragsärztliche Verordnung stelle nicht bloß eine Abrechnungsmodalität dar, die auf Landesebene vertraglich abweichend geregelt werden könne, sondern sei ein konstitutives Tatbestandsmerkmal. Es sei erforderlich, dass sich zunächst ein vertragsärztlicher Leistungserbringer vom Zustand des Patienten überzeuge und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung feststelle. Dieser Zielsetzung widerspreche es, wenn auf landesvertraglicher Ebene eine eigene Rechtsgrundlage für die Abrechnung von ambulanten Untersuchungen im Krankenhaus geschaffen werde, die bundesrechtlich nur unter den besonderen Voraussetzungen des § 115a SGB V vergütungsfähig seien. 12

Gegen das ihr am 12.10.2020 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 12.11.2020 Berufung eingelegt. 13

Sie trägt vor, dass die erstinstanzliche Entscheidung rechtsfehlerhaft sei. Es habe sich bei den durchgeführten Untersuchungen jeweils um Bestandteile einer Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V gehandelt und damit weder um eine ambulante Notfallbehandlung im Sinne des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V noch um eine vorstationäre Behandlung gemäß § 14

115a SGB V.

Zunächst habe das SG zu Unrecht das Vorliegen einer vollstationären Behandlung mit der Begründung verneint, dass die Versicherten nach der Entscheidung des Krankenhausarztes nicht mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden sollten. Diese Einschätzung sei bereits durch die Tatsache widerlegt, dass alle drei Patienten nach der erforderlichen Erstbehandlung und Untersuchung durch die Klägerin zur weiteren stationären Behandlung an andere Krankenhäuser verwiesen worden seien. Es habe sich daher um eine Aufnahmeuntersuchung iSd § 39 SGB V und nicht um eine vorstationäre Behandlung gehandelt. Das BSG habe bereits mit Urteil vom 19.06.2018 (B 1 KR 26/17 – juris) darauf hingewiesen, dass allseits anerkannt sei, dass jedes Krankenhaus ihm präsente Versicherte in Notfällen unmittelbar behandeln müsse. 15

Insofern übersehe das SG, dass vorliegend eindeutig von Notfällen iSd § 2 Abs 2 Satz 1 des Landesvertrages auszugehen sei, die gerade dadurch charakterisiert würden, dass sich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patienten befürchten lasse, sofern nicht unverzüglich eine Krankenhausbehandlung durchgeführt werde. Demzufolge würden von der stationären Aufnahmeuntersuchung/Abklärungsuntersuchung im Rahmen des § 39 SGB V jene Situationen erfasst, in denen die Dringlichkeit einer stationären Behandlung entweder bereits über die Einlieferung der Patienten durch den Rettungswagen, die Aufnahmeuhrzeit oder die akute Symptomatik indiziert werde. In allen drei Fällen habe eine derart akute Symptomatik vorgelegen, dass das Einholen einer vertragsärztlichen Verordnung nicht adäquat gewesen sei, sondern vielmehr eine anschließende Aufnahme zur vollstationären Krankenhausbehandlung ernsthaft in Betracht gezogen worden sei. Daher sei es auch verfehlt, auf die Abrechnung als ambulante Notfallbehandlung zu verweisen, da diese grundsätzlich unter der Prämisse erfolge, dass eine Anamnese und körperliche Untersuchung ausreiche, um eine Akutbehandlung durchzuführen (siehe BSG, Urteil vom 12.12.2012 – B 6 KA 5/12 R). Auch seien alle drei Behandlungen zu den regulären Öffnungszeiten vertragsärztlicher Praxen erfolgt, so dass nach der Rechtsprechung des BSG das Vorliegen eines ambulanten Notfalls iSd § 76 SGB V ausgeschlossen gewesen sei. 16

Auch das LSG Baden-Württemberg habe mit Urteil vom 31.08.2016 – L 5 KR 2479/15 (juris) darauf hingewiesen, dass die Erstuntersuchung des Versicherten der jeweiligen Art der Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs 1 Satz 1 SGB V zuzuordnen sei. Davon seien auch die Vertragspartner des Landesvertrages ausgegangen. Diese bewegten sich mit der Regelung des § 2 Abs 4 Landesvertrag innerhalb ihrer Vertragskompetenzen, da sie nach § 112 Abs 2 Nr 1b SGB V explizit zur Vereinbarung von Regelungen für die Abrechnung der Entgelte ermächtigt seien. 17

Die Klägerin beantragt, 18

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 07.09.2020 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 348,69 € zzgl. Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen. 19

Die Beklagte beantragt, 20

die Berufung zurückzuweisen. 21

Sie ist der Ansicht, dass das SG zutreffend entschieden habe, dass vorliegend kein Vergütungsanspruch für die Behandlungen bestehe. Ein Anspruch aus § 115a Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V scheitere schon an dem Fehlen der notwendigen vertragsärztlichen Verordnung. 22

Auch die Vorschrift des § 301 Abs 1 Nr 4 SGB V benenne die Vorgabe, dass „bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer…“ zu übermitteln sei. Dies zeige ebenfalls, dass § 301 SGB V die ärztliche Verordnung als konstitutive Voraussetzung einer Krankenhausbehandlung ansehe. Dementsprechend fordere auch der Landesvertrag für die Annahme einer Krankenhausbehandlung tatbestandlich eine Verordnung (§ 2 Abs 1 iVm Abs 3 und 4 des Landesvertrages).

Für eine eigene landesvertragliche Abrechnungsgrundlage fehle den Vertragsparteien des Landesvertrages die Regelungskompetenz. Zudem biete der Landesvertrag auch keine geeignete Grundlage für eine Vergütung in Höhe der vorstationären Pauschale. Denn die Verweisung in Anlage 1 Nr 1a des Landesvertrages laufe ins Leere, da in Nordrhein-Westfalen eine Vereinbarung der Spitzenverbände für die Vergütung für Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a Abs 3 Satz 1 SGB V nicht zustande gekommen sei so dass die entstandene Lücke durch einen Rückgriff auf den EBM zu schließen sei. 23

Hinsichtlich weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Patienten- und Verwaltungsakten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war. 24

Entscheidungsgründe: 25

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klage ist als Leistungsklage im Gleichordnungsverhältnis zulässig (ständige Rechtsprechung, vgl etwa BSG, Urteil vom 08.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - in juris Rn 8 mwN), aber unbegründet. 26

Die Klägerin hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Vergütung der jeweiligen Leistungen in den drei streitigen Behandlungsfällen. Denn es handelt sich in allen drei Fällen tatbestandlich weder um eine vorstationäre noch um eine stationäre Behandlung noch um eine Abklärungsuntersuchung im Sinne des Landesvertrages, sondern um eine ambulante Notfallbehandlung im Sinne des § 76 SGB V, die nach dem EBM und nicht von der Beklagten, sondern von der Kassenärztlichen Vereinigung zu vergüten ist. 27

Die Vergütung einer Krankenhausbehandlung richtet sich nach der Art der Leistungserbringung des Krankenhauses. Krankenhausbehandlung wird nach § 39 Abs 1 S 1 SGB V vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Ein Anspruch aus § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 115a SGB V besteht nicht, da es sich in keinem der Fälle um eine vorstationäre Behandlung handelte. 28

Nach § 115a Abs 1 Nr 1 SGB V kann ein 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. Nach Auffassung des Senats kommt eine vorstationäre Behandlung bei Notfällen in der Regel schon deswegen nicht in Betracht, da diese Behandlungsform für den Fall vorgesehen ist, dass ein behandelnder Vertragsarzt eine mögliche Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit feststellt und diese klären oder vorbereiten lässt. Zur weiteren Aufklärung dieses für notwendig erachteten Behandlungsbedarfs verweist er seinen Patienten daher an das Krankenhaus (so auch SG Lüneburg, Urteil vom 28.01.2021 – S 9 KR 76/18 – juris, Rn 23). Dementsprechend setzt die Norm tatbestandlich das Vorliegen einer vertragsärztlichen Verordnung voraus (vgl BSG, Urteil vom 19. Juni 2018 – B 1 KR 26/17 R –, juris, Rn 21, Urteil vom 14.10.2014, B 1 KR 28/13 R - juris Rn 10; Urteil vom 17.11.2015, B 1 KR 30/14 R – juris Rn 16). 29

Eine vertragsärztliche Verordnung lag in keinem der drei streitigen Behandlungsfälle vor. Auch das Notarztprotokoll der Versicherten, die mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus der Klägerin gebracht worden ist (im Behandlungsfall (b)), stellt keine ärztliche Verordnung in diesem Sinne dar, bzw kann einer solchen nicht gleichgesetzt werden, da ihm andere Überlegungen zugrunde liegen und es einen anderen Zweck erfüllt. Der Notarzt äußert sich in seinem Protokoll überhaupt nicht zu der Art der notwendigen Behandlung, sondern beschreibt lediglich den Zustand des Versicherten beim Eintreffen und dokumentiert die von ihm veranlassten Maßnahmen (vgl LSG Hessen, Urteil vom 31.01.2019 – L 8 KR 202/18; SG Rostock, Urteil vom 24.06.2020 – S 17 KR 431/17, beide juris). Die Verordnung einer vorstationären Behandlung muss jedoch auf der Überlegung beruhen, dass gerade eine Krankenhausbehandlung ohne Unterkunft und Verpflegung medizinisch geeignet ist, die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (BSG, Urteil vom 19.06.2018 – B 1 KR 26/17 R –, juris, Rn 21). Im Übrigen dienten die streitgegenständlichen Behandlungen gerade nicht primär der Klärung der Erforderlichkeit der vollstationären Krankenhausbehandlung oder ihrer Vorbereitung sondern vielmehr, wovon die Beteiligten übereinstimmend ausgehen, bei dringender Behandlungsbedürftigkeit der Notfallversorgung (vgl zur Notfallbehandlung BSG, Urteil vom 11.09.2019 -B 6 KA 6/18 R- juris Rn 25). 30

Ein Anspruch auf Vergütung einer stationären Behandlung nach § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 Abs 1 Satz 1, Abs 2 und § 9 Abs 1 Satz 1 KHEntgG sowie § 17b KHG iVm den Regelungen des Landesvertrages kommt nicht in Betracht, da keiner der drei Versicherten in das Krankenhaus der Klägerin aufgenommen worden ist. 31

Eine stationäre Krankenhausbehandlung liegt bei der physischen und organisatorischen Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses vor (dazu Wahl in: jurisPK-SGB V, 4. Auflage, § 39 Rn 37). Was unter dem ,,spezifischen Versorgungssystem eines Krankenhauses" zu verstehen ist, ergibt sich unter Rückgriff auf die gesetzliche Definition des Krankenhausbegriffs in § 107 Abs 1 SGB V und ist durch eine ständige ärztliche Leitung sowie jederzeit verfügbares Personal gekennzeichnet. Das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses ist auf solche Behandlungen ausgerichtet, die einen längeren Aufenthalt des Patienten erfordern. Es wird in Anspruch genommen, wenn sich die Behandlung zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Voraussetzung ist eine entsprechende Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsplans (BSG, Urteil vom 19.09.2013 - B 3 KR 34/12 R - juris, Rn 13). Diese wird nach außen regelmäßig zB durch die Einweisung auf eine bestimmte Station, Zuweisung eines Bettes oder das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen und ähnliches dokumentiert (BSG, Urteil vom 19.05.2021 – B 1 KR 11/20 R (Terminsbericht), Urteil vom 19.9.2013 - B 3 KR 34/12 R – juris Rn 13, Urteil vom 11.09.2019 – B 6 KA 6/18 R – juris Rn 22). 32

Unter Anwendung dieser Grundsätze lag eine stationäre Behandlung in den drei streitigen Behandlungsfällen nicht vor. Alle drei Versicherten haben die Notfallambulanz der Klägerin nicht verlassen und sind nicht in irgendeiner Weise in das Versorgungssystem des Krankenhauses eingegliedert gewesen. Mit einer Behandlung in der Notfallambulanz ist ersichtlich noch keine Aufnahme verbunden (BSG, Urteil vom 11.09.2019 – B 6 KA 6/18 R – juris, Rn 22 – Das BSG hat nicht einmal die Behandlung einer Patientin im Schockraum mit Beatmung als stationäre Behandlung angesehen, vgl BSG, Urteil vom 19.05.2021 – B 1 KR 11/20 R, Terminsbericht). Auch lag keine Aufnahmeentscheidung in das Haus der Klägerin – und nur darauf kommt es maßgeblich an – durch einen Arzt vor. Zwar wurde jeweils in der Notaufnahme der Klägerin eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit festgestellt und im 33

Anschluss sogar durchgeführt. Diese erfolgte jedoch nicht im Haus der Klägerin, so dass diese keine stationäre Behandlung abrechnen kann. Denn nur wenn ein Versicherter im Anschluss an die Behandlung in einer Notfallambulanz wegen derselben Erkrankung in die stationäre Behandlung des Krankenhauses aufgenommen wird, das auch die Notfallambulanz betreibt, liegt ein einheitlicher stationärer Behandlungsfall vor. Wenn die Aufnahme jedoch in einem anderen Krankenhaus stattfindet, kann die Untersuchung im abweisenden Krankenhaus nicht als Teil einer stationären Behandlung angesehen werden (BSG, Urteil vom 11.09.2019 – B 6 KA 6/18 R – juris Rn 25). Denn das aufnehmende Krankenhaus ist an die Feststellung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch das abweisende Krankenhaus nicht gebunden. Nach § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V hat das aufnehmende Krankenhaus die Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung vielmehr in eigener Verantwortung und damit erneut zu prüfen (vgl Großer Senat des BSG, Beschluss vom 25.9.2007 - GS 1/06 – juris Rn 29; BSG Urteil vom 17.9.2013 - B 1 KR 21/12 R - juris Rn 25; BSG Urteil vom 19.6.2018 - B 1 KR 26/17 R – juris Rn 20, jeweils mwN). Die Tatsache, dass bereits in der Notfallambulanz der Klägerin von einer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der Versicherten ausgegangen worden ist, ist für das aufnehmende Krankenhaus insofern ohne Bedeutung. Dies gilt umso mehr, als das Krankenhaus der Klägerin in zwei der drei Fälle die für die stationäre Behandlung erforderliche Fachdisziplin Urologie nicht vorhielt, sodass nicht ohne Weiteres unterstellt werden kann, dass das notwendige Fachwissen vorhanden war, um abschließend feststellen zu können, ob die Versicherten stationär zu behandeln waren. Erst recht konnte in der Notfallambulanz der Klägerin keine Aufnahmeentscheidung mit Wirkung für ein anderes Krankenhaus getroffen werden. Darin liegt der entscheidende Unterschied zu einer Aufnahme in das eigene Krankenhaus, über die in der Notfallambulanz verbindlich entschieden werden kann. Auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass Ärzte der Notfallambulanz der Klägerin Kontakt mit dem für die stationäre Behandlung in Aussicht genommenen Krankenhaus aufgenommen haben, um ua die dort bestehenden Behandlungsmöglichkeiten abzuklären, und dass sich das andere Krankenhaus im Ergebnis entschieden hat, die zuvor in der Notfallambulanz der Klägerin behandelten Patienten aufzunehmen, wird die ambulante Notfallbehandlung hier nicht zum Bestandteil der nachfolgenden stationären Behandlung (BSG, Urteil vom 11.09.2019 – B 6 KA 6/18 R – juris Rn. 30).

Nach diesen Grundsätzen stellen die Untersuchungen aller drei Versicherten keine stationäre Behandlung (bzw keinen Teil einer solchen) dar. Alle drei Versicherten haben die Notfallambulanz nicht verlassen. In keinem der Fälle hat der Krankenhausarzt der Klägerin eine Einweisung in das klägerische Krankenhaus vorgenommen, sondern in allen Fällen eine Verweisung in ein anderes Krankenhaus. 34

Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht aus den Regelungen des Landesvertrages. Ein Anspruch auf eine Vergütung einer Abklärungsuntersuchung nach § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V iVm § 2 Abs 4 und Anlage 1 des Landesvertrages in Höhe der für eine vorstationäre Behandlung anfallenden Pauschale scheidet ebenfalls aus, da eine solche bereits tatbestandlich nicht vorliegt. 35

Der zum 01.01.1997 in Kraft getretene Landesvertrag ist zwar am 08.04.2003 gekündigt worden, aber aufgrund einer Verständigung der Vertragsparteien bis zu einer Neuregelung weiter anwendbar. Da ein neuer Vertrag bislang nicht zustande gekommen ist, ist der gekündigte Vertrag weiter anzuwenden, was von den Beteiligten auch nicht in Abrede gestellt wird (ständige Rspr vgl LSG NRW, Urteil vom 10.07.2019 – L 10 KR 538/15 – juris, Rn 38). Nach § 2 Abs 4 des Landesvertrages können die bei einer Abklärungsuntersuchung 36

erbrachten Leistungen nach den Bestimmungen gemäß Anlage 1 abgerechnet werden, wenn die Abklärungsuntersuchung ergibt, dass eine Krankenhausbehandlung nicht bzw nicht sofort erforderlich ist oder nur in einem anderen Krankenhaus erbracht werden kann. Nach § 2 Abs 3 des Landesvertrages wird bei zur Krankenhausbehandlung eingewiesenen Patienten und in Notfällen durch einen Krankenhausarzt und unter Berücksichtigung der Eignung des Krankenhauses gem § 2 Abs 1 abgeklärt, ob und ggf welche Art der Krankenhausbehandlung notwendig ist.

Was unter einer Abklärungsuntersuchung zu verstehen ist, ist durch Auslegung des Landesvertrages zu bestimmen. Dieser unterliegt, wie alle normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen, grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehenen Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (stRspr BSG, Urteil vom 17.12.2019 – B 1 KR 19/19 R – juris, Rn 13 mwN). Rechtlich zulässig ist eine vertragsrechtliche Vergütungsregelung dieser Art und ihre Auslegung dabei jedoch nur, wenn sie dem höherrangigen gesetzlichen Vergütungsrecht nicht widerspricht. Der Landesvertrag kann dabei nur Regelungen treffen, die im Einklang mit dem einschlägigen Gesetzesrecht stehen. Dies ist bei der Vertragsauslegung zu berücksichtigen (LSG NRW, Urteil vom 21.03.2021 – L 11 KR 542/18, LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 31.08.2016 – L 5 KR 2479/15 – juris, Rn 32). 37

Dem Wortlaut nach muss es sich zunächst um eine Untersuchung handeln, die der Abklärung dient, welche Behandlung erforderlich ist. Die Abklärungsuntersuchung nach dem Landesvertrag endet nach dem Wortlaut des § 2 Abs 4 dann, wenn feststeht, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt werden soll. Der Tatbestand der Abklärungsuntersuchung wird damit „nach oben“ durch den der stationären Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V begrenzt (so auch für den Baden-Württembergischen Landesvertrag LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 31.08.2016 – L 5 KR 2479/15 – juris, Rn 32). § 2 Abs 4 S 1 Landesvertrag ordnet die Abklärungsuntersuchung im Grundsatz als Bestandteil der Krankenhausbehandlung zu. Nach deren Vergütung soll sich damit zunächst auch die Vergütung der Abklärungsuntersuchung richten. Davon erfasst sind die Konstellationen, wonach sich im Rahmen der Untersuchung die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung herausstellt und der Patient anschließend zur vollstationären Behandlung in dem untersuchenden Krankenhaus aufgenommen wird. In diesem Fall ist die Untersuchung mit der Fallpauschale für die Behandlung abgegolten. 38

Die nach § 112 Abs 1 SGB V übertragene Regelungskompetenz erstreckt sich grundsätzlich auf alle nach § 39 Abs 1 S 1 SGB V zulässigen Formen der Krankenhausbehandlung. Hinsichtlich der ambulanten Behandlung im Krankenhaus ist allerdings zu beachten, dass sie allenfalls dann im Rechtssinne eine Krankenhausbehandlung ist, wenn sie nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt (vgl Wahl in: juris PK-SGB V, 3. Aufl., § 112 Rn. 21). Die Vertragsparteien des auf § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V basierenden Landesvertrages haben keine Regelungskompetenz für Fragen der vertragsärztlichen Versorgung und deren Vergütung (BSG, Urteil vom 11.09.2019 – B 6 KA 6/18 R –, juris Rn 32), so dass davon auszugehen ist, dass sie vertragsärztliche Leistungen des Krankenhauses nicht regeln wollten. Daraus folgt, dass mangels Regelungskompetenz der Vertragsparteien des Landesvertrages die Fallgestaltungen nicht erfasst sind, in denen ein Patient als Notfall in das Krankenhaus eingeliefert wird und sich als Ergebnis der Untersuchung in der Notfallambulanz 39

herausstellt, dass eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist. Die Vergütung richtet sich in diesem Fall nach § 76 Abs 1 S 2 SGB V und ist im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abzurechnen. Dem gleichgestellt ist der Fall, dass sich während der Untersuchung in der Notfallambulanz herausstellt, dass der Patient zwar stationär behandelt werden muss, aber in einem anderen Krankenhaus (vgl BSG, Urteil vom 11.09.2019 – B 6 KA 6/18 R – juris Rn 26). Insofern wird der Tatbestand der Abklärungsuntersuchung „nach unten“ jedenfalls durch den der ambulanten Notfallversorgung im Sinne des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V begrenzt (LSG NRW, Urteil vom 21.03.2021 – L 11 KR 542/18).

Nach diesen Grundsätzen scheidet in den drei streitgegenständlichen Fällen ein Vergütungsanspruch gegenüber der Beklagten aus, da es sich um Leistungen im Rahmen des ärztlichen Notfalldienstes iSd § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V handelte. Diese liegt vor, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der notwendigen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (BSG, Urteil vom 01.02.1995 - 6 RKa 9/94 - juris Rn 17; vgl auch BSG Urteil vom 20.4.2016 - B 3 KR 18/15 R - juris Rn 31; BSG Urteil vom 18.7.2006 - B 1 KR 9/05 R - juris Rn 18, jeweils mwN, BSG, Urteil vom 11. September 2019 – B 6 KA 6/18 R –juris Rn 18). Die Notfallbehandlung ist auf die Erstversorgung ausgerichtet. Behandlungen sind darauf zu konzentrieren, Gefahren für Leib und Leben und unzumutbare Schmerzen der Patienten zu begegnen und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären (BSG Urteil vom 12.12.2012 - B 6 KA 5/12 R - juris Rn 15; BSG Urteil vom 26.6.2019 - B 6 KA 68/17 R – juris Rn 23). 40

Danach sind die Leistungen, die in der von der Klägerin betriebenen Notfallambulanz erbracht worden sind, als ambulante Notfallbehandlungen zu qualifizieren. Bei dringender Behandlungsbedürftigkeit wurden ambulant durchgeführt: 41

Versicherte a: CT-Abdomen, Laborleistungen, intravenöse Schmerzmittelgabe 42

Versicherte b: Ultraschall Abdomen, Laborleistungen, intravenöse Schmerzmittelgabe 43

Versicherter c: EKG, intravenöse Flüssigkeitszufuhr, Laborleistungen 44

Diese Leistungen waren darauf gerichtet, Gefahr für Leib und Leben sowie unzumutbaren Schmerzen der Versicherten zu begegnen und dienten ersichtlich und unstreitig nur der Erstversorgung und Diagnostik für die Entscheidung der weiteren Behandlung. 45

Der Annahme einer ambulanten Notfallbehandlung iSd § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V steht entgegen der Ansicht der Klägerin nicht entgegen, dass die streitgegenständlichen Behandlungen teilweise zu sprechstundenüblichen Zeiten durchgeführt wurden. Zwar weist die Klägerin zutreffend darauf hin, dass nach der Rechtsprechung des BSG eine Inanspruchnahme von Notfallambulanzen zu sprechstundenüblichen Zeiten vermieden werden soll, um die faktische Eröffnung eines zweiten Versorgungsweges durch die Behandlung in Notfallambulanzen von Krankenhäusern, der mit dem gesetzlich vorgegebenen Vorrang der Vertragsärzte im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nicht vereinbar wäre, zu vermeiden. Allein der Wunsch eines Versicherten nach einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus verbunden mit der Geltendmachung akuten Behandlungsbedarfs stellt daher zu Zeiten regulärer vertragsärztlicher Sprechstunden keinen "Notfall" iS des § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V dar (BSG Urteil vom 2.7.2014 - B 6 KA 30/13 R – juris Rn 13). Abgesehen, dass in den Behandlungsfällen b und c bereits keine Behandlung zu sprechstundenüblichen Zeiten erfolgte, eine solche allenfalls im Behandlungsfall a in Betracht kommt, wurde in der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der der Senat sich anschließt, aber 46

auch klargestellt, dass das berechtigte Anliegen, eine Inanspruchnahme der Notfallambulanzen von Krankenhäusern zu den üblichen Sprechstundenzeiten nach Möglichkeit zu vermeiden, nicht dadurch erreicht werden kann, dass einem Versicherten, der, wie hier, eine Notfallsituation annimmt und der deshalb die Notfallambulanz eines Krankenhauses zu Sprechstundenzeiten aufsucht, die Behandlung ohne Weiteres verweigert wird (BSG Urteil vom 26.6.2019 - B 6 KA 68/17 R - juris Rn 22). Vielmehr muss sich der Krankenhausarzt zumindest über die Beschwerden des Patienten und dessen Zustand unterrichten, ehe er eine Entscheidung über das weitere Vorgehen trifft. (BSG, Urteil vom 11.09.2019 – B 6 KA 6/18 R – juris, Rn 44). Das Ziel, Patienten der richtigen Versorgungsebene zuzuweisen, kann nicht dadurch erreicht werden, dass Versicherten, die eine Krankenhausambulanz jedenfalls in der Annahme aufsuchen, dass ein Notfall vorliege, und denen nicht bekannt ist, an welche anderen Stellen sie sich in dieser Situation wenden könnten, die für die Erkennung eines Notfalls erforderliche Diagnostik oder eine erforderliche Erstversorgung verweigert oder indem Krankenhäusern die Vergütung für solche Leistungen versagt wird (BSG, Urteil vom 26.06.2019 – B 6 KA 68/17 R – juris Rn 24). Nach alledem liegt hier in den streitgegenständlichen Behandlungsfällen jeweils eine erforderliche ambulante Notfallbehandlung gemäß § 76 Abs 1 S 2 SGB V vor.

Mangels Hauptforderung bestehen die Zinsforderungen als Nebenforderungen nicht. 47

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm § 154 Abs 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). 48

Gründe, die Revision zuzulassen liegen nicht vor, § 160 Abs 2 SGG. 49

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm §§ 63 Abs 2, 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 Gerichtskostengesetz (GKG). 50

Justiz NRW
Rechtsprechungsdatenbank ONLINE