
S 3 KR 4783/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1.
Kategorie	Beschluss
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	<p>Die im Schockraum vorgenommenen medizinischen Maßnahmen und Untersuchungen begründen nicht bereits die Aufnahme in das Krankenhaus. Die Behandlung im Schockraum ist regelmäßig Teil der Notfallbehandlung und der Aufnahme des Patienten in die vollstationäre Versorgung vorgeschaltet. Maßnahmen der ambulanten Notfallbehandlung, wie sie in einem Schockraum typischerweise vorgenommen werden, sind, wenn sich daran keine stationäre Behandlung um erstangegangenen Krankenhaus anschließt, der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen. Das Vorhandensein einer die Möglichkeit der Lebensgefahr einschließenden Indikation bei dem Patienten und die Verwendung einzelner technischer Apparaturen, die auch in der Intensivmedizin zum Einsatz kommen, geben der Behandlung im Schockraum nicht bereits das Gepräge einer intensivmedizinischen Behandlung mit der Folge einer vollstationären Eingliederung (Anschluss an BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 11/20 R = BSGE 132, 137 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 85).</p>

Auch wenn die bei der Einlieferung des Patienten in das Krankenhaus bereits erkennbare Schwere der Erkrankung seine stationäre Behandlung im Anschluss an die Notfallbehandlung erwarten lässt, genügt dies allein nicht, schon zu diesem

Normenkette

frühen Zeitpunkt den Beginn einer stationären Krankenhausbehandlung anzunehmen.

SGB V [§ 39 Abs. 1 S. 2](#)

SGB V [§ 109 Abs. 4 S. 3](#)

[KHG § 17 b](#)

KHEntG § 7 Abs. 1 S. 1

KHEntG § 7 Abs. 2

[KHEntgG § 9 Abs. 1 S. 1](#)

SGB V a. F [§ 275 Abs. 1 c S. 3](#)

1. Instanz

Aktenzeichen

S 3 KR 4783/18

Datum

23.09.2021

2. Instanz

Aktenzeichen

L 1 KR 417/21

Datum

06.02.2023

3. Instanz

Datum

-

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Â

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Gründe

Â

I.

Â

Streitig ist die Zahlung von Krankenhausbehandlungskosten i.H.v. 984,55 â,- zuzÃ¼glich einer Aufwandspauschale i.H.v. 300,00 â,-.

Â

Die KIÃ¤gerin ist TrÃ¤gerin der nach [Â§ 108](#) FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Klinik N. Dort wurde der Â geborene, bei der Beklagten krankenversicherte RP(nachfolgend: Versicherter/Patient) am 6. MÃ¤rz 2018 unter Reanimationsbedingungen vom Rettungsdienst in den Schockraum der Zentralen Notfallversorgung dieser Klinik eingeliefert, wo er sich ausweislich der Patientenunterlagen von 12:45 Uhr bis 12:59 Uhr befand. Der Patient war von der Ehefrau leblos im Bett angetroffen worden, nachdem er am Morgen Ã¼ber Ã¶belkeit und Bauchschmerzen geklagt hatte. Nach DurchfÃ¼hrung von Laienreanimation unter Anweisung der Leitstelle erhielt der Versicherte vom Rettungsdienst insgesamt 7 mg Adrenalin (in vitro). Bei Ankunft in der Klinik war der Versicherte bewusstlos. Es bestand Asystolie (Stillstand der elektrischen und mechanischen Herzaktion) sowie Apnoe (Aussetzung der Atmung). Im Schockraum der Klinik der KIÃ¤gerin wurde die Reanimation fortgefÃ¼hrt und eine Echokardiographie durchgefÃ¼hrt. Dabei war keine mechanische AktivitÃ¤t des Herzens (bei elektrischer AktivitÃ¤t von 16 bis 20 Minuten) nachweisbar. Nach Absprache mit dem Internisten wurde daraufhin die Reanimation abgebrochen. Die vermutete Todesursache lautete Akutes Herzversagen.

Â

Die KIÃ¤gerin codierte G93.1 (anorganische HirnschÃ¤digung, andernorts nicht klassifiziert) als Hauptdiagnose sowie I46.9 (Herzstillstand, nicht nÃ¤her bezeichnet) als Nebendiagnose. DarÃ¼ber hinaus wurde die DurchfÃ¼hrung einer kardialen und kardiopulmonalen Reanimation mit dem OPS 8-771 verschlÃ¼sselt. In der Folge rechnete die KIÃ¤gerin mit Rechnung vom 31. MÃ¤rz 2016 die DRG B85D (degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne Ã¤uÃerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose) mit einem Betrag von 984,55 â,- ab. Die Beklagte zahlte den Rechnungsbetrag zunÃ¤chst vollstÃ¤ndig.

Â

Am 7. April 2016 veranlasste die Beklagte eine ÃberprÃ¼fung des Leistungsinhaltes fÃ¼r eine vollstationÃ¤re Behandlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und informierte die KIÃ¤gerin entsprechend. In dem daraufhin erstellten sozialmedizinischen Gutachten vom 14. Juli 2016 gelangte Frau Dipl.-Med. R fÃ¼r den MDK zu dem Schluss, Belege fÃ¼r eine Integration des Versicherten Ã¼ber eine notfallmÃ¤Ãige Rettungsstellenbehandlung hinaus in den stationÃ¤ren Behandlungsablauf des Krankenhauses

seien nicht vorgelegt worden. Auch unter Berücksichtigung der gesamten Behandlungsdauer von 14 Minuten sei von einer Notfallbehandlung auszugehen. Über dieses Ergebnis unterrichtete die Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 19. Juli 2016 und lehnte auf dieser Grundlage eine Übernahme der vollstationären Behandlungskosten ab. Nachfolgend rechnete sie gemäß § 9 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfV) in Höhe des Rechnungsbetrags mit unstreitigen Forderungen der Klägerin auf.

Ä

Mit ihrer am 20. Dezember 2018 bei dem Sozialgericht Potsdam erhobenen Klage hat die Klägerin die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 984,55 €,- nebst Zinsen sowie eines Betrages i.H.v. 300,00 €,- nebst Zinsen begehrt. Aus den Behandlungsunterlagen ergebe sich, dass eine medizinische Notwendigkeit für eine vollstationäre Aufnahme vorgelegen habe. Gerade bei Notfallpatienten sei es in der Regel nicht so, dass der Patient erst untersucht und dann von den Ärzten ein Behandlungsplan erstellt werde. Aufgrund der sich darbietenden Notlage werde er sofort stationär behandelt. Nach erlittenem Herzstillstand und vergeblichen Bemühungen des Notarztes habe es im streitgegenständlichen Fall des Einsatzes spezifischer Mittel des Krankenhauses bedurft, um in lebensgefährdender Lage die Möglichkeit der Reanimation aufrecht zu erhalten. Im Zuge der Aufnahme sei der Patient planmäßig in das Versorgungssystem des Krankenhauses integriert worden. Dabei sei es unbeachtlich, dass der Patient nach 14 Minuten Aufenthaltsdauer und Scheitern von Reanimationsmaßnahmen im Krankenhaus verstorben sei. Bei dem neben dem Rechnungsbetrag geltend gemachten Betrag i.H.v. 300,00 €,- handele es sich um die sogenannte Aufwandspauschale gemäß [§ 275 Abs. 1c S. 3 SGB V](#).

Ä

Auf Nachfrage des Gerichts hat die Klägerin mitgeteilt, eine reine Notfallbehandlung wäre gemäß dem EBM mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet worden. Hierfür wären (fiktiv) 187,30 €,- abgerechnet worden.

Ä

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 23. September 2021 abgewiesen. Die zulässige Leistungsklage sei unbegründet. Der Klägerin stehe kein Anspruch auf weitergehende Krankenhausbehandlungskosten in der geltend gemachten Höhe bzw. auf Zahlung einer Aufwandspauschale zu. Die Klägerin habe ihre zugunsten des verstorbenen Versicherten erbrachten Leistungen nicht als vollstationäre Behandlung abrechnen dürfen, denn im vorliegenden Fall sei keine vollstationäre Behandlung erfolgt. Eine Aufnahme des Versicherten in das Krankenhaus der Klägerin sei nicht erfolgt. Vielmehr sei der Versicherte

am 6. März 2016 von 12:45 bis 12:59 Uhr lediglich ambulant behandelt worden. Die Kammer schließt sich der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) in seinem neuesten Urteil vom 18. Mai 2021 ([B 1 KR 11/20 R](#)) zur kurzzeitigen Krankenhausbehandlung im Schockraum an. Danach setze der Beginn der vollstationären Behandlung Versicherter deren vorherige Aufnahme in das Krankenhaus voraus, an welcher es vorliegend fehle. Unter Berücksichtigung der vom BSG aufgestellten Grundsätze sei der Versicherte im vorliegenden Fall im klinischen Krankenhaus lediglich ambulant behandelt worden. Zwar sei hier – anders als in dem vom BSG entschiedenen Fall – keine Weiterverweisung an ein anderes Krankenhaus erfolgt. Jedoch sei der Versicherte nach den erfolglosen Wiederbelebungsversuchen im Schockraum des klinischen Krankenhauses bereits nach 14 Minuten verstorben. Der Versicherte sei somit noch unter den primären interdisziplinären intensiven Diagnose- und Therapiemaßnahmen verstorben. Ein Vergütungsanspruch wegen vorstationärer Behandlung stehe der Klägerin ebenfalls nicht zu, da die Einweisung durch den Rettungsdienst in die Klinik der Klägerin nicht an die Stelle einer vertragsärztlichen Verordnung treten könne.

Â

Gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 15. Oktober 2021 zugestellte Urteil richtet sich die am 15. November 2021 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingegangene Berufung der Klägerin, mit welcher diese ihr erstinstanzliches Begehren fortführt. Sie ist der Auffassung, vorliegend handele es sich um einen Sachverhalt, wie er konkret vom BSG noch nicht entschieden sei und der insoweit als entscheidendes Abgrenzungskriterium habe, dass der Patient im Rahmen der Notfallbehandlung verstorben sei. Es sei darauf hinzuweisen, dass der Behandlungsplan allein aufgrund der Schwere des Krankheitsbildes eine Behandlungsdauer von mehr als 24 Stunden vorgesehen hätte und zwar im Sinne einer Behandlung, die einer Behandlung auf der Intensivstation vergleichbar gewesen wäre. Wenn ein Patient aufgrund der Schwere der Erkrankung intensiv-medizinisch behandelt werden müsse, handele es sich um eine stationäre Versorgung. Das BSG habe hinsichtlich eines Aufenthaltes eines Patienten auf einer Intensivstation entschieden (Urteil vom 28. Februar 2007 – [B 3 KR 17/06 R](#)), dass es sich hierbei um die nachhaltigste Form der Einbindung des Patienten in den Krankenhausbetrieb und damit den Prototyp einer stationären Behandlung handele. Für eine Behandlung im Schockraum unter Fortführung einer Reanimation dürften dies ebenso gelten, zumal der Patient auch nach Erfolg der Reanimationsmaßnahmen weiter intensiv-medizinisch hätte behandelt werden müssen. Damit könne vorliegend nicht von einer rein ambulanten Notfallbehandlung ausgegangen werden.

Â

Die Klägerin beantragt,

Â

unter AbÄnderung des Urteils des Sozialgerichts Potsdam vom 23. September 2021 die Beklagte zu verurteilen, an die KlÄgerin 984,55 â,- nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten Ä¼ber dem Basiszinssatz seit dem 27. Juli 2017 sowie einen Betrag i.H.v. 300,00 â,- nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten Ä¼ber dem Basiszinssatz seit RechtshÄngigkeit zu zahlen.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

die Berufung zurÄckzuweisen.

Â

Zu Unrecht begrenze die KlÄgerin die Entscheidung des BSG vom 18. Mai 2021 â€“ [B 1 KR 11/20 R](#) â€“ auf die dortige Verlegung. Die Entscheidung reiche Ä¼ber den konkret entschiedenen Verlegungsfall hinaus. Insbesondere zeige sie auf, dass es einer Aufnahmeentscheidung zur stationÄren Behandlung bedÄrfe, auch wenn diese nicht ausdrÄcklich erklÄrt werden mÄsse. Allerdings mÄsse sich diese Entscheidung in einem typischen stationÄren Vorgehen, wie z.B. der Vorbereitung zu einer Notoperation oder der Aufnahme auf der Intensivstation manifestieren. Dies sei bei einer laufenden Reanimation jedoch nicht der Fall. Vielmehr sei dieser gerade zu eigen, dass eine Entscheidung zur stationÄren Behandlung dem Erfolg der Reanimation erst nachfolge. DafÄr kÄnne es vorgreifend nicht darauf ankommen, ob der Patient wegen seiner BeeintrÄchtigung stationÄr aufgenommen worden wÄre, wenn und soweit sich dies Ä¼ber die Behandlung im Schockraum hinaus gerade nicht manifestiert habe. Soweit die KlÄgerin dies mit dem Sachverhalt der Entscheidung des BSG vom 28. Februar 2007 gleichzusetzen versuche, gehe dies fehl. Denn dieser Entscheidung habe eine rund 10-stÄndige Aufnahme auf der Intensivstation zugrunde gelegen, wÄhrend vorliegend nur eine 14-minÄtliche Reanimation im Schockraum erfolgt sei. Im hiesigen Fall habe sich die Notfallbehandlung auf die Reanimation des Patienten konzentriert, weshalb gerade noch keine Aufnahmeentscheidung getÄtigt worden sei. Soweit das BSG in seiner Entscheidung vom 18. Mai 2021 Ausnahmen aufgezeigt habe, liege diesen ein fÄr Notaufnahme und Schockraum untypischer Aufwand wie beispielsweise eine Notoperation oder ein langer Aufenthalt auf der Intensivstation zugrunde. Werde dies als Vergleichsmaÿstab herangezogen, sei es vÄllig offensichtlich, dass die vorliegende kurzzeitige Reanimation nicht einer solchen Ausnahme entspreche.

Â

Die Beteiligten sind zu einer Entscheidung durch Beschluss gem. [Â§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) angehört worden.

Â

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie den weiteren Inhalt der Gerichtsakte, des beigezogenen Verwaltungsvorgangs der Beklagten und der Patientenakte verwiesen, die dem Senat vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidung gewesen sind.

Â

Â

II.

Â

1. Der Senat konnte nach Anhörung der Beteiligten die Berufung gem. [Â§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss zurückweisen, denn er hält sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich.

Â

2. Die form- und fristgerecht ([Â§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet. Die Beklagte hat die eingeklagte unstreitige Forderung von 984,55 €, für andere Behandlungen durch Aufrechnung mit einem Erstattungsanspruch in derselben Höhe erfüllt (vgl. BSG, Urteil vom 26. Mai 2020 – [B 1 KR 26/18 R](#) – juris Rn. 11 m.w.N.; BSG, Urteile vom 25. Oktober 2016 – [B 1 KR 9/16 R](#) – SozR 4-5562 Â§ 11 Nr. 2 und – [B 1 KR 7/16 R](#) – SozR 4-7610 Â§ 366 Nr. 1). Denn das Krankenhaus hatte keinen Anspruch auf die hier letztlich streitige, von der Beklagten zunächst gezahlte Vergütung für die am 6. März 2016 erbrachten Leistungen. Es durfte seine zugunsten des Versicherten erbrachten Leistungen – wie das Sozialgericht zutreffend dargelegt hat – nicht als vollstationäre Behandlung abrechnen. Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Zahlung der geltend gemachten Aufwandspauschale.

Â

a) Dem Krankenhaus steht keine Fallpauschalenvergütung nach [Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [Â§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#), [Â§ 7 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2](#) und [Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#) und der Fallpauschalenvereinbarung 2016 zu. Rechtsgrundlage des geltenden gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin wäre [Â§ 109 Abs. 4 SGB V](#) i.V.m. dem aus [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) folgenden

Krankenhausbehandlungsanspruch des Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus ([Â§ 108 SGB V](#)) erfolgt, also abgesehen von Notfällen von dessen Versorgungsauftrag umfasst wird, und im Einzelfall im Sinne von [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr; vgl. BSG, Urteil vom 9. April 2019 – [B 1 KR 2/18 R](#) – juris Rn. 9 m.w.N.).

Â

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Vergütung einer – wie von ihr abgerechnet – vollstationären Behandlung. Für eine vollstationäre Behandlung des Versicherten bedurfte es seiner Aufnahme in das Krankenhaus. Hieran fehlte es. Das Krankenhaus behandelte den Versicherten am 6. März 2016 nur ambulant als Notfall.

Â

aa) Der Beginn der vollstationären Behandlung Versicherter setzt deren vorherige Aufnahme in das Krankenhaus voraus. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut des [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sowie den Gesetzesmaterialien zu [Â§ 39 SGB V](#) (vgl. [BT-Drucks 12/3608 S. 82](#)). 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 grundsätzlich nicht die tatsächliche Behandlungsdauer im Krankenhaus, sondern die zur Zeit der Aufnahmeentscheidung auf Grundlage des hierbei getroffenen Behandlungsplans prognostizierte Behandlungsdauer (BSG, Urteil vom 18. Mai 2021 – [B 1 KR 11/20 R](#) – juris Rn. 11 m.w.N.).

Â

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 –hnliches dokumentiert (BSG, a.a.O., Rn. 12, unter Verweis auf BSG, Urteile vom 19. September 2013 – [B 3 KR 34/12 R](#) – und vom 11. September 2019 – [B 6 KA 6/18 R](#)).

Â

Eine solche Aufnahmeentscheidung ist auch bei Einlieferung eines Patienten in das Krankenhaus durch den Rettungsdienst erforderlich. Die Aufnahmeentscheidung muss dabei zwar weder ausdrücklich erklärt noch förmlich festgehalten werden. Sie kann sich vielmehr auch aus der bereits eingeleiteten Behandlung selbst ergeben, etwa wenn ein Schwerverletzter

bei seiner Einlieferung ins Krankenhaus sofort für eine Notoperation vorbereitet oder sofort auf die Intensivstation verbracht wird (BSG, Urteil vom 18. Mai 2021 – [B 1 KR 11/20 R](#) – juris Rn. 13 unter Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 28. Februar 2007 – [B 3 KR 17/06 R](#)). Dennoch ist die nachfolgende stationäre Behandlung immer von der vorausgehenden Aufnahmeuntersuchung zu unterscheiden, die je nach Lage des Einzelfalls sehr kurz, aber auch sehr intensiv sein kann (BSG, a.a.O.).

Â

Ambulante Notfallbehandlung auf der einen und Aufnahmeuntersuchung auf der anderen Seite lassen sich nicht trennscharf voneinander abgrenzen. Denn neben der akuten Erstversorgung hat der behandelnde Krankenhausarzt im Rahmen der Notfallbehandlung – wie bei jeder Aufnahmeuntersuchung – zu überprüfen, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist und in seinem Krankenhaus überhaupt durchgeführt werden kann (BSG, Urteil vom 18. Mai 2021 – [B 1 KR 11/20 R](#) – juris Rn. 14 unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 11. September 2019 – [B 6 KA 6/18 R](#)).

Â

Auch bei einer Notfallbehandlung im Schockraum dient die einer Aufnahme in die stationäre Behandlung vorausgehende Aufnahmeuntersuchung zunächst der Klärung, ob eine (voll-)stationäre Behandlung des Versicherten erforderlich und vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst ist. Die hierzu im Schockraum vorgenommenen medizinischen Maßnahmen und Untersuchungen begründen nicht bereits selbst die Aufnahme in das Krankenhaus. Der Schockraum ist ein zentraler Raum der Notfallaufnahme eines Krankenhauses mit spezieller Ausstattung und räumlicher Anordnung zur bestmöglichen primären, interdisziplinären sowie intensiven Diagnose und Therapie lebensbedrohlich Erkrankter. Die Behandlung dort ist regelmäßig Teil der Notfallbehandlung und der Aufnahme des Patienten in die vollstationäre Versorgung vorgeschaltet. Mit der Behandlung in einem Schockraum ist regelmäßig noch keine spezifische Einbindung in das Versorgungssystem eines Krankenhauses verbunden. In einem Schockraum werden eine zeitlich und örtlich konzentrierte Versorgung und Diagnostik angeboten. Sie erst ermöglichen die im Rahmen einer akuten ambulanten Notfallbehandlung erforderliche Entscheidung über die weitere Behandlung, insbesondere über die Aufnahme des Patienten in die stationäre Versorgung. Bis zu dieser Entscheidung handelt es sich ungeachtet des Umfangs des Mitteleinsatzes um eine ambulante Behandlung. Kommt es nicht zur stationären Aufnahme in dem notfallbehandelnden Krankenhaus, verbleibt es beim ambulanten Charakter der Notfallbehandlung. Maßnahmen der ambulanten Notfallbehandlung, wie sie in einem Schockraum typischerweise vorgenommen werden, sind, wenn sich daran keine stationäre Behandlung anschließt, der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen. Die im Rahmen einer solchen Behandlung erbrachten Leistungen sind aus der Gesamtvergütung zu

verglichen (BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 11/20 R](#) – juris Rn. 15ff; betreffend die Vergütung der Leistungen aus der Gesamtvergütung unter Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 11. September 2019 – [B 6 KA 6/18 R](#)).

Ä

bb) Nach diesen vom BSG aufgestellten Grundsätzen wurde der Versicherte – wie schon das Sozialgericht aufgezeigt hat – im Krankenhaus der Klägerin nicht stationär behandelt. Der Versicherte wurde unmittelbar nach der Einlieferung mit dem Rettungswagen bei Bewusstlosigkeit, Herzstillstand und Atemstillstand unter Reanimationsbedingungen in den Schockraum gebracht; dort blieb er reanimationspflichtig. Die 14-minütige Reanimation unter Monitoring mit Echokardiographie begründete keine vollstationäre Behandlung. Der vorgelegten Patientenakte ist auch keinerlei Dokumentation zu einer Aufnahmeentscheidung des Versicherten zu entnehmen; sämtliche entsprechende Befunde sind unausgefüllt. Insbesondere sind keinerlei weitergehende Prozeduren wie etwa eine Notoperation (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 11/20 R](#) – juris Rn. 17) durchgeführt worden.

Ä

Eine über die konkreten Reanimationsmaßnahmen hinausgehende organisatorische Eingliederung des Versicherten in die Infrastruktur des klagereichen Krankenhauses kann auch nicht allein daraus hergeleitet werden, dass die Behandlung in einem Schockraum erfolgte. Das Vorhandensein einer die Möglichkeit der Lebensgefahr einschließenden Indikation bei dem Versicherten und die Verwendung einzelner technischer Apparaturen, die auch in der Intensivmedizin zum Einsatz kommen, geben der Behandlung im Schockraum nicht bereits das Gepräge einer intensivmedizinischen Behandlung mit der Folge einer vollstationären Eingliederung. Vielmehr setzt die vollstationäre Behandlung auch im Fall der Intensivmedizin eine entsprechende Aufnahme in das behandelnde Krankenhaus voraus, das heißt die Entscheidung, den Versorgungsauftrag für Intensivmedizin wahrnehmen zu wollen (BSG, a.a.O., Rn. 22). An einer solchen auch nur konkludenten Aufnahmeentscheidung fehlt es im vorliegenden Fall. Im Übrigen ist auch keine noch so kurzzeitige Aufnahme auf die Intensivstation des Krankenhauses erfolgt.

Ä

Auch wenn die bei der Einlieferung eines Versicherten in das Krankenhaus bereits erkennbare Schwere der Erkrankung – wie hier von der Klägerin vorgetragen – seine stationäre Behandlung im Anschluss an die Notfallbehandlung nahezu zwingend erwarten lässt, genügt dies allein nicht, schon zu diesem frühen Zeitpunkt den Beginn einer stationären Krankenhausbehandlung anzunehmen. Denn eine nach der Notfallbehandlung noch – ausdrücklich oder konkludent – zu ergehende Aufnahmeentscheidung ist gerade – wie

die Beklagte richtig angemerkt hat – vom Ausgang der Notfallbehandlung im Schockraum abhängig und kann dieser logisch erst nachfolgen. Dazu kam es im vorliegenden Fall nicht mehr, da der Versicherte unter der Notfallbehandlung im Schockraum verstarb.

Ä

Soweit die Klägerin sich auf eine Entscheidung des LSG Rheinland-Pfalz vom 9. Juli 2020 – [L 5 KR 154/19](#) – stützt, in der bei einer vergleichbaren Konstellation eine vollstationäre Behandlung bejaht wurde, ist diese Entscheidung nach Rücknahme der Klage vor dem BSG wirkungslos (vgl. hierzu die Anmerkung bei juris).

Ä

b) Die Klägerin kann auch keinen sonstigen Vergütungsstatbestand gegenüber der Beklagten geltend machen. Insbesondere ist eine Notfallbehandlung von Versicherten durch Nichtvertragsärzte der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen mit der Folge, dass die im Rahmen einer solchen Behandlung erbrachten Leistungen aus der Gesamtvergütung zu vergüteten sind (BSG, Urteil vom 11. September 2019 – [B 6 KA 6/18 R](#) – juris Rn. 17 m.w.N.). Dies gilt auch für Behandlungsfälle, in denen der versicherte Patient – wie hier – mit dem Rettungswagen zur Notfallambulanz transportiert wird (BSG, a.a.O. Rn. 38). Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf eine gesonderte Vergütung einer Aufnahmeuntersuchung, da diese Hand in Hand mit der aus der Gesamtvergütung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu finanzierenden ambulanten Notfallbehandlung einhergeht und von dieser nicht unterschieden werden kann (BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 11/20 R](#) – juris Rn. 24). Schließlich scheidet ein Vergütungsanspruch wegen vorstationärer Behandlung auch deshalb aus, weil es an der von [§ 115a SGB V](#) geforderten –Verordnung von Krankenhausbehandlung– fehlt. Eine Einweisung durch den Rettungsdienst ist hiermit nicht vergleichbar (BSG, a.a.O., Rn. 25).

Ä

c) Die Klägerin hat letztlich auch keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale i.H.v. 300,00 €, da die Voraussetzungen hierfür nach [§ 275 Abs. 1 c Satz 3 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2019 geltenden Fassung nicht erfüllt sind. Die hier seitens der Beklagten eingeleitete Prüfung durch den MDK gemäß [§ 275 Abs. 1 Nr. 1, 1 c SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2019 hat zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt.

Ä

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Ä

4. Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Erstellt am: 14.04.2023

Zuletzt verändert am: 22.12.2024