S 1 KA 99/13

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	7.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Notfallbehandlung – Aufnahmeentscheidung – einheitlicher stationärer Behandlungsfall – Weiterverweisung – fortgesetzter Rettungstransport – Einwilligung des Patienten in stationäre Aufnahme
Leitsätze	1. Ein vertragsärztlicher Vergütungsanspruch für eine Notfallbehandlung wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Versicherte anschließend in ein anderes Krankenhaus aufgenommen wird als das Krankenhaus der Notfallbehandlung (BSG, Urteil vom 11. September 2019, B 6 KA 6/18 R). 2. Eine konkludente (stationäre) Aufnahmeentscheidung wird nicht durch die Intubation und Beatmung eines Versicherten getroffen, wenn dies im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung mit dem Ergebnis einer Weiterverweisung lediglich dazu dient, den Zustand des Patienten zu stabilisieren und seine Transportfähigkeit aufrechtzuerhalten (BSG, Urteil vom 18. Mai 2021, B 1 KR 11/20 R). Dies gilt auch dann, wenn die Beatmung im Rahmen der diagnostischen Untersuchung auf einer Neurologischen Fachabteilung durchgeführt wird. 3. Ein fortgesetzter Rettungstransport liegt nicht vor, wenn erst nach einer im Rahmen der Aufnahmeentscheidung im Krankenhaus durchgeführten Diagnostik feststeht, dass eine Weiterverweisung notwendig ist.

Normenkette	SGB V § 76 Abs. 1 S 1
	SGB V § 76 Abs. 2
	SGB V § 87 Abs. 1
	SGB V § 016 a Abs. 2 S. 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 1 KA 99/13
Datum	22.02.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 7 KA 70/19 WA
Datum	22.02.2023

3. Instanz

Datum	-

Das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 22. Februar 2017 wird aufgehoben.

Â

Der Honorarbescheid der Beklagten vom 26. Juli 2012 (Quartal III/10) in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. September 2013, dieser Â in der Fassung der Ã„nderungsbescheide vom 30. MÃ¤rz 2016 und vom 14. Juli 2016, wird geÃ¤ndert. Die Beklagte wird verurteilt, Ã¼ber den Honoraranspruch der KlÃ¤gerin fÃ¼r das Quartal III/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Â

Die Beklagte trÃ¤gt die Kosten des gesamten Verfahrens mit Ausnahme der auÃŸergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese selbst trÃ¤gt. Â

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Â

Â

Â

Tatbestand

Â

Â

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die RechtmÃ¤ÃŸigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Abrechnung von Leistungen, die im Quartal III/2010 in der Notfallambulanz des Krankenhauses der KlÃ¤gerin erbracht worden sind.

Â

Die KlÃ¤gerin ist TrÃ¤gerin der R Kliniken Neuruppin, an die im streitgegenstÃ¤ndlichen Zeitraum eine Notfallambulanz angegliedert war. Die Beklagte setzte das Honorar der KlÃ¤gerin fÃ¼r das Quartal III/2010 mit Bescheid vom 26. Juli 2012 in HÃ¶he von 77.493,60 Euro fest. Zugleich nahm sie in zehn Behandlungs- bzw. AbrechnungsfÃ¤llen sachlich-rechnerische Richtigstellungen vor, in der Annahme, dass die ambulante Behandlung jeweils in zu engem Zusammenhang mit einer stationÃ¤ren Aufnahme der Patienten gestanden habe; hiervon sind noch zwei BehandlungsfÃ¤lle streitig:

Â

Die Patientin R W wurde am 15. September 2010 um 19:09 Uhr aufgrund von neurologischen AuffÃ¤lligkeiten (verschwommenes Sehen, SehstÃ¶rungen, Parese der linken KÃ¶rperhÃ¤lfte) mit dem Rettungswagen in die Notfallambulanz der R Kliniken N gebracht. Bereits im Rettungswagen trat eine SchwÃ¤che im Bereich der rechten KÃ¶rperseite hinzu. Sie wurde ab 19:15 Uhr in der Neurologischen Fachabteilung neurologisch und allgemein-internistisch untersucht. Es wurden Laboruntersuchungen und ein CT der SchÃ¤delbasis durchgefÃ¼hrt. Zudem wurde die Patientin intubiert und beatmet und anschlieÃŸend noch am selben Abend aufgrund des Verdachts auf eine Subarachnoidalblutung in Ermangelung einer krankenhauseigenen neurochirurgischen Fachabteilung mit dem Hubschrauber in die Notfallambulanz des H Klinikums B-B verbracht. Die KlÃ¤gerin rechnete die Notfallbehandlung als ambulante Leistung bei der Beklagten ab. Â

Â

Der Patient M K wurde im Krankenhaus der KlÃ¤gerin vom 5. bis zum 12. Juli 2010 stationÃ¤r wegen einer Mandelentfernung behandelt. Er wurde am 12. Juli 2010 um 7:48 Uhr nach unauffÃ¤lligem postoperativem Verlauf mit regelrechten BelÃ¤gen in der MundhÃ¶hle in die ambulante Weiterbehandlung entlassen. Am selben Abend um 21:31 Uhr wurde er wegen einer Nachblutung in der Notfallambulanz der R Kliniken N vorstellig. Der zustÃ¤ndige Krankenhausarzt empfahl die stationÃ¤re Beobachtung fÃ¼r zwei Tage, der Patient verlieÃŸ

aber das Krankenhaus entgegen dem Ã¤rztlichen Rat. Er wurde darauf hingewiesen, bei erneutem Ereignis oder Beschwerden wieder vorstellig zu werden. Nach einer erneuten Nachblutung kehrte der Patient am 13. Juli 2010 um 00:58 Uhr zurÃ¼ck in die Notfallambulanz, wurde stationÃ¤r aufgenommen und am 14. Juli 2010 um 8:09 Uhr entlassen. Die KlÃ¤gerin rechnete die Notfallbehandlung am Abend des 12. Juli 2010 als ambulante Leistung bei der Beklagten ab.Â

Â

Die KlÃ¤gerin legte gegen die im Honorarbescheid enthaltene sachlich-rechnerische Richtigstellung in Bezug auf neun Patienten Widerspruch ein, welcher durch Widerspruchsbescheid vom 11. September 2013 zurÃ¼ckgewiesen wurde.

Â

Die KlÃ¤gerin hat gegen den Honorarbescheid am 9. Oktober 2013 Klage erhoben. Im Klageverfahren hat die Beklagte sieben BehandlungsfÃ¤lle in HÃ¶he von insgesamt 197,65 Euro nachvergÃ¼tet (Teilabhilfebescheid vom 30. MÃ¤rz 2016), hat aber die BehandlungsfÃ¤lle der Patientin W und des Patienten K weiterhin unvergÃ¼tet gelassen.

Â

Mit Bescheid vom 14. Juli 2016 hat die Beklagte aufgrund einer allgemeinen rÃ¼ckwirkenden Neubewertung der Leistungen der ambulanten Notfallversorgung unter anderem fÃ¼r das streitgegenstÃ¤ndliche Quartal Leistungen in HÃ¶he von 2.089,76 Euro nachvergÃ¼tet.

Â

Nachdem die Beteiligten den Rechtsstreit bezÃ¼glich der nachvergÃ¼teten BehandlungsfÃ¤lle beiderseitig fÃ¼r erledigt erklÃ¤rt haben, hat das Sozialgericht Potsdam die Klage mit Urteil vom 22. Februar 2017 abgewiesen, die Kosten zu 78 Prozent der Beklagten auferlegt und die Berufung zugelassen. Zur BegrÃ¼ndung hat das Sozialgericht im Wesentlichen ausgefÃ¼hrt: Ein ambulanter VergÃ¼tungsanspruch der Notfallambulanzen sei auf den Notfall begrenzt. Die Behandlungen des Arztes hÃ¤tten sich auf die Erstversorgung zu beschrÃ¤nken; sie seien darauf zu konzentrieren, Gefahren fÃ¼r Leib und Leben sowie unzumutbaren Schmerzen der Patienten zu begegnen sowie die Notwendigkeit einer stationÃ¤ren Behandlung abzuklÃ¤ren. Werde der Patient nach der Erstversorgung in unmittelbarem zeitlichen und medizinischen Zusammenhang stationÃ¤r aufgenommen, liege ein einheitlicher stationÃ¤rer Behandlungsfall vor, und zwar unabhÃ¤ngig davon, in welchem Krankenhaus die stationÃ¤re Aufnahme erfolge. Hinsichtlich der Patientin W habe die KlÃ¤gerin keinen VergÃ¼tungsanspruch gegenÃ¼ber der Beklagten. Es sei aufgrund der Subarachnoidalblutung eine stationÃ¤re Behandlung notwendig gewesen, was sich zudem bereits daraus ergebe, dass die Patientin durch einen Notarzt des

Rettungsdienstes eingewiesen worden sei. Die Patientin sei intubiert und beatmet worden, damit sei eine intensivmedizinische Krankenhausbehandlung erfolgt, die Ã¼ber das MaÃŸ einer Notfallversorgung hinausginge. Auch ohne formale Aufnahme und trotz der Verlegung handele es sich damit um eine stationÃ¤re Aufnahmeuntersuchung.

Â

Auch beim Patienten K sei von einem einheitlichen stationÃ¤ren Behandlungsfall auszugehen. Denn die streitige Notfallbehandlung stehe in engem zeitlichen und medizinischen Zusammenhang mit seiner zuvor erfolgten stationÃ¤ren Behandlung. Ein Behandlungsfall stelle die gesamte Behandlung derselben Erkrankung von der stationÃ¤ren Aufnahme bis zur Entlassung dar. Ein neuer medizinischer Behandlungsfall kÃ¶nne erst zur Abrechnung gegenÃ¼ber der Krankenkasse gelangen, wenn der vorhergehende medizinische Behandlungsfall als abgeschlossen anzusehen sei. Abzustellen sei dazu auf den im Entscheidungszeitpunkt verfÃ¼gbaren Wissens- und Kenntnisstand. Der Patient habe sich zeitnah, nÃ¤mlich am Abend seiner Entlassung, und im medizinischen Zusammenhang zur stationÃ¤ren Behandlung (Nachblutung nach Tonsillektomie) in die Notfallambulanz begeben. Der behandelnde Arzt habe eine stationÃ¤re Aufnahme fÃ¼r notwendig gehalten, dies sei von dem Patienten aber abgelehnt worden. Am Folgetag sei der Patient erneut wegen Nachblutungen erschienen und stationÃ¤r aufgenommen worden. Dies sei im engen Zusammenhang mit der vorherigen stationÃ¤ren Behandlung bei der KlÃ¤gerin erfolgt, so dass im Ergebnis von einem einheitlichen Behandlungsfall auszugehen sei.

Â

Gegen das ihr am 15. MÃ¤rz 2017 zugestellte Urteil hat die KlÃ¤gerin am 7. April 2017 Berufung eingelegt. Zu deren BegrÃ¼ndung trÃ¤gt sie vor: BezÃ¼glich der Patientin W handele es sich nicht um einen einheitlichen Behandlungsfall, weil die stationÃ¤re Behandlung in einem anderen Krankenhaus stattgefunden habe und daher ein Leistungserbringerwechsel eingetreten sei. Es sei zudem keine stationÃ¤re Notfallbehandlung in der Notfallambulanz der KlÃ¤gerin erfolgt, da die Patientin nicht in den Krankenhausbetrieb eingegliedert worden sei. GrundsÃ¤tzlich sei zwischen der Aufnahmeuntersuchung und der ambulanten Notfallbehandlung zu unterscheiden. Auch eine ambulante Notfallbehandlung, die erste TherapiemaÃŸnahmen und auch eine intensivmedizinische Versorgung enthalten kÃ¶nne, sei gegenÃ¼ber der Beklagten abzurechnen. Bei dem Patienten K handele es sich ebenfalls nicht um einen einheitlichen Behandlungsfall, da es an einem zeitlichen Zusammenhang zwischen der ambulanten Behandlung am 12. Juli 2010 und der stationÃ¤ren Aufnahme am 13. Juli 2010 fehle. Der Patient sei nach seinem ersten Besuch in der Notaufnahme zunÃ¤chst in den hÃ¤uslichen Bereich entlassen und erst bei seinem zweiten Besuch stationÃ¤r aufgenommen worden. Auf eine hypothetische BehandlungsbedÃ¼rftigkeit sei nicht abzustellen. Wenn am 12. Juli 2010 keine stationÃ¤re Leistung erbracht worden sei, kÃ¶nne auch keine stationÃ¤re

Leistung abgerechnet werden.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 22. Februar 2017 aufzuheben sowie den Honorarbescheid der Beklagten vom 26. Juli 2012 (Quartal III/10) in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. September 2013, dieser in der Fassung der Ã„nderungsbescheide vom 30. MÃ¤rz 2016 und vom 14. Juli 2016, zu Ã¤ndern und die Beklagte zu verurteilen, Ã¼ber den Honoraranspruch der KlÃ¤gerin fÃ¼r das Quartal III/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Bei den streitigen BehandlungsfÃ¤llen handele es sich um Krankenhausbehandlungen gemÃ¤ÃŸ Â§ 39 SGB V, die eine VergÃ¼tung im Notfall gem. Â§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V ausschlÃ¶ssen. Es liege kein Notfall vor, wenn der Patient mit Mitteln des stationÃ¤ren Sektors versorgt werde. Wenn auf eine Notfallbehandlung in der Rettungsstelle eines Krankenhauses eine stationÃ¤re Aufnahme folge, liege stets eine einheitliche stationÃ¤re Behandlung vor, auch wenn der Patient in einem anderen Krankenhaus stationÃ¤r aufgenommen werde. Bei der Patientin W habe von Anfang an eine stationÃ¤re BehandlungsbedÃ¼rftigkeit bestanden, was bereits durch die Einweisung durch einen Notarzt festgestanden habe. Zudem sei die Patientin bereits bei der KlÃ¤gerin stationÃ¤r behandelt worden. Denn durch die intensivmedizinische Behandlung â€“ wie die Beatmung â€“ komme es zu einer faktischen Aufnahme in das eigene Krankenhaus, da die Notfalldiagnosik des Grundleidens in den Hintergrund rÃ¼cke. Auch durch die hausinterne Verlegung in die Neurologische Klinik sei eine Aufnahme in das Krankenhaus der KlÃ¤gerin vollzogen worden. Damit habe die Patientin das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses in Anspruch genommen. Zuletzt liege auÃŸerdem ein Fall des fortgesetzten Rettungstransports vor, der von der ambulanten vertragsÃ¤rztlichen Notfallbehandlung ausgeschlossen sei. Denn im Falle der Patientin sei von Anfang an klar gewesen sei, dass der Rettungstransport fortgesetzt werden mÃ¼sse.

Â

Bei dem Patienten K habe es sich um einen einheitlichen stationÃ¤ren Behandlungsfall im Fallpauschalensystem gehandelt, weil die erste stationÃ¤re Behandlung (Entlassung am Morgen des 12. Juli 2010) nach Sinn und Zweck des Fallpauschalensystems noch nicht zum Abschluss gekommen sei. Dies bestÃ¤tige auch die Entscheidung der RettungsstellenÃ¤rzte, die den Patienten am Abend des 12. Juli bereits zur Beobachtung hÃ¤tten aufnehmen wollen. Die gesamte Behandlung vom 5. bis zum 14. Juli 2010 sei gegenÃ¼ber dem KostentrÃ¤ger W O auf der Basis einer FallzusammenfÃ¼hrung der stationÃ¤ren Behandlung vergÃ¼tet worden.

Â

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Â

Die Beteiligten haben ihr EinverstÃ¤ndnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mÃ¼ndliche Verhandlung erklÃ¤rt.

Â

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Ãœbrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte, der Patientenakten der KlÃ¤gerin und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Entscheidungsfindung war.

Â

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Der Senat durfte Ã¼ber die Berufung ohne mÃ¼ndliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, weil die Beteiligten hiermit einverstanden sind (Â§ 124 Abs. 2 i.V.m. Â§ 153 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz [SGG]).

Â

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts vom 22. Dezember 2017 ist zulÃ¤ssig. Die Berufung war aufgrund des Streitwerts von noch 199,28 Euro zulassungsbedÃ¼rftig (Â§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG);Â an die von dem Sozialgericht vorgenommene Zulassung der Berufung ist der Senat gebunden (Â§ 144 Abs. 3 SGG).

Â

Die Berufung ist auch begrÃ¼ndet. Der geltend gemachte Anspruch besteht.Â Â

Â

Statthafte Klageart ist die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage in Form der (im Berufungsverfahren ausdrÃ¼cklich nur geltend gemachten) Neubescheidungsklage gemÃ¤Ã Â§Â 54 Abs. 4 SGG, da die KlÃ¤gerin sich gegen sog. quartalsgleiche Richtigstellungen wendet, nÃ¤mlich gegen sachlich-rechnerische Richtigstellungen, die die Beklagte sogleich im Zusammenhang mit der Erteilung des Quartalshonorarbescheids vornahm (vgl. BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012, B 6 KA 5/12 R, zitiert nach juris, Rn. 9).

Â

Das Urteil des Sozialgerichts ist aufzuheben, da der Honorarbescheid vom 26. Juli 2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. September 2013, dieser in der Fassung der Ã„nderungsbescheide vom 30. MÃ¤rz 2016 und vom 14. Juli 2016, in Bezug auf die beiden noch streitigen BehandlungsfÃ¤lle rechtswidrig ist und die KlÃ¤gerin in ihren Rechten verletzt. Die KlÃ¤gerin hat einen Anspruch auf die VergÃ¼tung der in dem Honorarbescheid gestrichenen ambulanten Notfallbehandlungen der Patienten W (unten 2.) und des Patienten K (unten 3.).

Â

1. Rechtsgrundlage der von der Beklagten vorgenommenen sachlich-rechnerischen Richtigstellung ist Â§Â 106a Abs.Â 2 SatzÂ 1 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (SGB V) in der ab dem 1. Juli 2008 geltenden Fassung. Danach stellt die KassenÃ¤rztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der VertragsÃ¤rzte fest; dazu gehÃ¶rt auch die arztbezogene PrÃ¼fung der Abrechnungen auf PlausibilitÃ¤t sowie die PrÃ¼fung der abgerechneten Sachkosten. Die PrÃ¼fung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmÃ¤Ãig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts â€“ mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots â€“, erbracht und abgerechnet worden sind (BSG, Urteil vom 28. August 2013, B 6 KA 50/12 R, zitiert nach juris, dort Rn. 17). Gegenstand der AbrechnungsprÃ¼fung ist auch die Abrechnung von Notfallbehandlungen, die durch nicht an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmende KrankenhÃ¤user erbracht werden, da infolge der Gleichstellung der in NotfÃ¤llen tÃ¤tigen KrankenhÃ¤user mit VertragsÃ¤rzten die fÃ¼r die Abrechnung maÃgeblichen Bestimmungen des Vertragsarztrechts insoweit entsprechend gelten (BSG, Urteil vom 11. September 2019, B 6 KA 6/18, zitiert nach juris, dort Rn. 15).

Â

2. Die Beklagte war im Behandlungsfall der Patientin W nicht berechtigt, eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vorzunehmen.

Â

Â§ 76 Abs. 1 S. 1 SGB V beschrÃ¤nkt die Arztwahl der Versicherten im Grundsatz auf zugelassene oder ermÃ¤chtigte Ã„rzte bzw. Einrichtungen. Nur in NotfÃ¤llen dÃ¼rfen Versicherte nach Â§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V andere Ã„rzte in Anspruch nehmen. Das Recht der Versicherten zur freien Arztwahl nach Â§Â 76 Abs. 1 S.Â 2 SGB V umfasst die MÃ¶glichkeit der Inanspruchnahme von KrankenhÃ¤usern in NotfÃ¤llen (vgl. BSG, Urteil vom 28. Juni 2017, B 6 KA 12/16 R, zitiert nach juris, Rn. 29). FÃ¼r den Bereich der ambulanten Ã¤rztlichen Behandlung ist in stÃ¤ndiger Rechtsprechung geklÃ¤rt, dass eine solche Notfallbehandlung von Versicherten durch NichtvertragsÃ¤rzte der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zuzurechnen ist und die im Rahmen einer solchen Behandlung erbrachten Leistungen aus der GesamtvergÃ¼tung zu vergÃ¼ten sind (BSG Urteil vom 11. September 2019, B 6 KA 6/18, zitiert nach juris, dort Rn. 17). Ein Notfall i.S.d. Â§Â 76 Abs. 1 S.Â 2 SGB V liegt vor, wenn aus medizinischen GrÃ¼nden eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der notwendigen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (BSG, Urteil vom 11. September 2019, B 6 KA 6/18, zitiert nach juris, dort Rn. 18).

Â

Im Fall der Patientin W hat es sich um einen Notfall gehandelt. Die neurologischen AuffÃ¤lligkeiten (verschwommenes Sehen, SehstÃ¶rungen, Parese der linken KÃ¶rperhÃ¤lfte) sowie die zunehmende Symptomatik im Rettungswagen machten eine dringliche AbklÃ¤rung erforderlich, was auch die Beklagte nicht in Zweifel zieht. Â Â

Â

Die Notfallbehandlung der Patientin W fÃ¤llt zur Ãœberzeugung des Senats unterÂ Â§Â 76 Abs. 1 S.Â 2 SGB VÂ und ist als solche zu vergÃ¼ten.

Â

Notfallbehandlung ist allein auf die Erstversorgung ausgerichtet. Behandlungen sind darauf zu konzentrieren, Gefahren fÃ¼r Leib und Leben und unzumutbare Schmerzen der Patienten zu begegnen und die Notwendigkeit einer stationÃ¤ren Behandlung abzuklÃ¤renÂ *(*BSG, Urteil vom 11. September 2019, B 6 KA 6/18, zitiert nach juris, dort Rn. 19; Urteil vom 26. Juni 2019Â â€“ B 6 KA 68/17 R, zitiert nach juris, dort Rn. 23*)* Die KlÃ¤gerin hat allein in diesem Umfang Leistungen erbracht und abgerechnet. Die Patientin W wurde aufgrund der

neurologischen Symptomatik nach Einlieferung um 19:09 Uhr um 19:15 Uhr auf der neurologischen Fachabteilung neurologisch und allgemein-internistisch untersucht. Zudem wurden Laboruntersuchungen und ein CT der SchÃ¤delbasis durchgefÃ¼hrt. Die Patientin wurde dabei intubiert und beatmet. Diese Untersuchungen dienten dazu, der Gefahr fÃ¼r Leib und Leben der Patientin aufgrund des Verdachts auf eine Subarachnoidalblutung zu begegnen und die Notwendigkeit der stationÃ¤ren Behandlung abzuklÃ¤ren.

Â

Die Schwelle zur stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung wurde im Zuge der Notfallbehandlung der Patientin W nicht erreicht bzw. Ã¼berschritten.

Â

Ein Anspruch auf VergÃ¼tung gegenÃ¼ber der Beklagten hÃ¤ngt vorliegend davon ab, dass die abgerechneten Leistungen der ambulanten vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zuzurechnen sind. Ist das nicht der Fall, weil eine stationÃ¤re Leistung erbracht worden ist, scheidet ein VergÃ¼tungsanspruch gegen die KassenÃ¤rztliche Vereinigung aus (BSG, Urteil vom 8. September 2004, B 6 KA 14/03 R, zitiert nach juris, dort Rn. 17), sofern â€“ wie hier â€“ nicht die Erbringung belegÃ¤rztlicher Leistungen in Frage steht. Die GesamtvergÃ¼tung, die die KÃ„V in Anwendung eines HonorarverteilungsmaÃŸstabs an die Ã„rzte, Psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren und ermÃ¤chtigte Einrichtungen zu verteilen hat, dient nach Â§Â 85 Abs. 1 SGB V allein der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung und damit nicht der (ergÃ¤nzenden) Finanzierung von stationÃ¤ren Krankenhausleistungen (BSG, Urteil vom 11. September 2019, B 6 KA 6/18 R, zitiert nach juris, dort Rn. 22).

Â

Die Leistungen, die in der von der KlÃ¤gerin betriebenen Notfallambulanz erbracht worden sind, sind zweifellos als ambulante Notfallbehandlungen zu qualifizieren. Nach der Rechtsprechung des BSG ist fÃ¼r die Abgrenzung der stationÃ¤ren von der ambulanten Notfallbehandlung die Aufnahme in das Krankenhaus maÃŸgeblich (BSG, Urteil vom 11. September 2019, B 6 KA 6/18 R, zitiert nach juris, dort Rn. 22; Urteil vom 9. Oktober 2001, B 1 KR 6/01 R, zitiert nach juris, dort Rn. 16). Als â€žAufnahmeâ€œ wird die organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses verstanden (BSG, Urteil vom 18. Mai 2021, B 1 KR 11/20 R, zitiert nach juris, Rn. 11). Die Aufnahmeentscheidung auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsplans wird nach auÃŸen regelmÃ¤ÃŸig z.B. durch die Einweisung auf eine bestimmte Station, Zuweisung eines Bettes oder das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen und Ã¤hnliches dokumentiert (BSG, Urteil vom 18. Mai 2021, B 1 KR 11/20 R, zitiert nach juris, Rn. 11; Urteil Â vom 11. September 2019, B 6 KA 6/18 R, zitiert nach juris, dort Rn. 22; Urteil vom 19. September 2013, B 3 KR 34/12 R, zitiert nach

juris, dort Rn. 13). Die Aufnahme in das Krankenhaus kann ausdrÃ¼cklich erklÃ¤rt werden oder sich konkludent aus der eingeleiteten Behandlung selbst ergeben (BSG, Urteil vom 18. Mai 2021, B 1 KR 11/20 R, zitiert nach juris, Rn. 13; Bockholdt, in Hauck/Noftz, SGB V, Â§ 109, Rn. 159a). Eine Aufnahmeentscheidung ist auch bei Einlieferung eines Patienten in das Krankenhaus durch den Rettungsdienst erforderlich (BSG, Urteil vom 18. Mai 2021, B 1 KR 11/20 R, zitiert nach juris, Rn. 11). Von einer vollstationÃ¤ren Krankenhausbehandlung ist jedenfalls dann auszugehen, wenn der Patient nach der prognostischen Entscheidung des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden soll (BSG, Urteil vom 18. Mai 2021, B 1 KR 11/20 R, zitiert nach juris, Rn. 11).

Â

Eine solche Aufnahmeentscheidung ist im Falle der Patientin W nicht dokumentiert. Es gibt keine Aufnahmeunterlagen. Auch wurde ihr in Ermangelung einer entsprechenden Fachabteilung, was die Verlegung nach B-B veranlasst hat, kein Bett zugewiesen. Es ist kein Behandlungsplan dokumentiert. Sie wurde aufgrund des Verdachts auf eine Hirnblutung neun Minuten nach Einlieferung untersucht (neurologisch, allgemein-internistisch, Labor, CT) und dann zur stationÃ¤ren Behandlung in eine Spezialklinik verlegt. Die diagnostischen MaÃŸnahmen dienten angesichts des engen zeitlichen Ablaufs dazu, im Rahmen einer Aufnahmeuntersuchung schnell das weitere therapeutische Vorgehen abzuklÃ¤ren. Darin ist keine Aufnahmeentscheidung zu sehen â€“ weder ausdrÃ¼cklich noch konkludent. Etwas anderes folgt auch nicht daraus, dass die Untersuchung der Patientin auf der Neurologischen Fachabteilung durchgefÃ¼hrt wurde. Denn auch darin ist keine Aufnahme in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses zu sehen. Insbesondere wurde die Patientin nicht auf die Neurologische Fachabteilung eingewiesen und ihr dort kein Bett zugewiesen. Die Neurologische Fachabteilung hat lediglich im Rahmen der medizinische Notfallinfrastruktur die neurologische Erstuntersuchung zur Diagnostik Ã¼bernommen, um festzustellen, ob eine Verlegung in eine Fachklinik notwendig ist. Dies stellte eine Notfallbehandlung in anderen RÃ¤umlichkeiten (als der Notfallaufnahme im engeren Sinne) dar, welche ebenfalls von der ambulanten VergÃ¼tung umfasst sein kann (vgl. hierzu SG Rostock, Urteil vom 24. Juni 2020, S 17 KR 431/17, zitiert nach juris, dort Rn. 27).

Â

Entgegen der Auffassung der Beklagten ist auch in der Tatsache, dass die Patientin wÃ¤hrend der diagnostischen MaÃŸnahmen intubiert und beatmet wurde, keine konkludente Aufnahme in das Krankenhaus der KlÃ¤gerin zu sehen, vielmehr liegen hierin â€“ daran kann kein Zweifel bestehen â€“ MaÃŸnahmen der notfallmedizinischen Erstversorgung. Die ambulante Notfallbehandlung und die Aufnahmeuntersuchung lassen sich nicht trennscharf voneinander abgrenzen. NotfallbehandlungsmaÃŸnahmen stellen aber nach dem Urteil des BSG in einem vergleichbaren Fall â€“ Einlieferung mit Rettungswagen wegen neurologischen AuffÃ¤lligkeiten,

Labor, CT, Ãœberwachung und kÃ¼nstliche Beatmung bis zur Verlegung â€“ keine stationÃ¤re Behandlung dar, wenn sie im Anschluss an die Aufnahmeuntersuchung mit dem Ergebnis einer Weiterverweisung an ein anderes Krankenhaus lediglich dazu dienen, den Zustand des Patienten zu stabilisieren und seine TransportfÃ¤higkeit aufrechtzuerhalten (BSG, Urteil vom 18. Mai 2021, B 1 KR 11/20 R,Â zitiert nach juris, dort Rn. 14). Es handelt sich dann nur um eine fortgesetzte ambulante Notfallbehandlung. Die Patientin W wurde wÃ¤hrend der diagnostischen AbklÃ¤rung intubiert und beatmet. Die Beatmung stellt sich nach der Ãœberzeugung des Senats nicht als konkludente Aufnahmeentscheidung dar, sondern als Stabilisierung des Zustandes zur weiteren Diagnostik. Betrachtet man diese BehandlungsmaÃŸnahmen, kann nicht von einer Inanspruchnahme spezifischer stationÃ¤rer Krankenhausleistungen ausgegangen werden (so im Ergebnis auch das BSG in dem Fall, in dem die Beatmung sich an die diagnostischen MaÃŸnahmen anschloss, Urteil vom 18. Mai 2021, B 1 KR 11/20 R,Â zitiert nach juris, dort Rn. 21).

Â

Eine Zuordnung der in der Notfallambulanz der KlÃ¤gerin erbrachten Leistungen zur stationÃ¤ren Behandlung kommt auch nicht mit Blick auf die sich anschlieÃŸende Notfallbehandlung in B-B in Betracht. Zwar kÃ¶nnen nach der Rechtsprechung des BSG Leistungen, die zunÃ¤chst ambulant ausgefÃ¼hrt worden sind, Teil einer sich unmittelbar daran anschlieÃŸenden stationÃ¤ren Behandlung sein, mit der Folge, dass ein Anspruch auf VergÃ¼tung als vertragsÃ¤rztliche Leistung ausgeschlossen ist (Urteil vom 11. September 2019, B 6 KA 6/18 R,Â zitiert nach juris, dort Rn. 23 m.w.N.). Wenn ein Versicherter im Anschluss an die Behandlung in einer Notfallambulanz wegen derselben Erkrankung in die stationÃ¤re Behandlung des Krankenhauses aufgenommen wird, das auch die Notfallambulanz betreibt, liegt ein einheitlicher stationÃ¤rer Behandlungsfall vor (BSG, Urteil vom 11. September 2019, a.a.O., zitiert nach juris, dort Rn. 25). Die Aufnahmeunteruntersuchung wird dann durch die Fallpauschale mitvergÃ¼tet. Ein vertragsÃ¤rztlicher VergÃ¼tungsanspruch wird aber nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Versicherte anschlieÃŸend in ein anderes Krankenhaus aufgenommen wird als dasjenige, an das die Notfallambulanz angegliedert ist (BSG, Urteil vom 11. September 2019, a.a.O., zitiert nach juris, dort Rn. 26 ff.).

Â

Dem VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r ambulante Leistungen steht auch nicht entgegen, dass die Patientin W mit dem Rettungswagen zur Notfallambulanz der KlÃ¤gerin transportiert worden ist. Die Leistungen in der Notfallambulanz waren nicht als Leistungen des Rettungsdienstes zu qualifizieren, denn die Aufgaben eines Notarztes im Rettungswagen sind mit der Ãœbernahme des Patienten durch die Notfallambulanz des Krankenhauses abgeschlossen (BSG, Urteil vom 11. September 2019, B 6 KA 6/18 R,Â zitiert nach juris, dort Rn. 39). Zwar kann ein VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r eine ambulante Notfallbehandlung im Einzelfall ausgeschlossen

sein, wenn ein Patient die Notfallambulanz mit dem Rettungswagen so schwer erkrankt oder verletzt erreicht, dass eine von der medizinischen Versorgung im Rettungsdienst zu unterscheidende ambulante Behandlung von vornherein nicht in Betracht kommt und der Rettungstransport fortgesetzt werden muss, weil der Patient ohne jeden vernÃ¼nftigen Zweifel sofort und unmittelbar in einem anderen Krankenhaus behandelt werden muss (BSG, Urteil vom 11. September 2019, a.a.O., zitiert nach juris, Rn. 43). Allerdings ist ein solcher Fall hier nicht gegeben. Denn die Patientin W war nach den Angaben in dem Arztbrief der neurologischen Fachabteilung noch ansprechbar und konnte den Symptomverlauf schildern. Erst nach der im Krankenhaus der KlÃ¤gerin vorgenommenen Diagnostik stand fest, dass aufgrund der Hirnblutung eine neurochirurgische Behandlung vorgenommen werden muss, welche die KlÃ¤gerin selbst in Ermangelung einer Fachabteilung nicht leisten konnte.

Â

3. Die Beklagte war in Anwendung der dargestellten GrundsÃ¤tze auch im Behandlungsfall des Patienten K nicht berechtigt, eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vorzunehmen.

Â

Die Behandlung des Patienten K in der Notfallambulanz der KlÃ¤gerin am 12Juli 2010 um 21:31Uhrgeschah anlÃ¤sslich eines Notfalls i.S.d. Â§Â 76 Abs. 1 S.Â 2 SGB V. Da die Operationswunde nach der Mandelentfernung nachblutete, war aus medizinischen GrÃ¼nden eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig. Zudem konnte ein Vertragsarzt nicht in der notwendigen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden.

Â

Dem VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin steht auch hier nicht entgegen, dass es sich bei den streitbefangenen Behandlungen etwa um Leistungen der stationÃ¤ren Versorgung handelte.

Â

Die Leistungen, die in der von der KlÃ¤gerin betriebenen Notfallambulanz erbracht wurden, sind in diesem Einzelfall als ambulante Notfallbehandlungen zu qualifizieren. Der Patient Kwurde am 12. Juli 2010 morgens aus der stationÃ¤ren Behandlung anlÃ¤sslich der Mandelentfernung fÃ¶rmlich entlassen und kehrte am selben Abend um 21:31Uhr wegen einer Nachblutung zurÃ¼ck. Er wurde (zunÃ¤chst) nicht in das Krankenhaus aufgenommen. Zwar hatte der behandelnde Arzt in der Notfallambulanz die stationÃ¤re Aufnahme fÃ¼r zwei Tage zur Ãœberwachungempfohlen, allerdings verlieÃŸ der Patient das Krankenhaus entgegen dem Ã¤rztlichen Rat. Erst nach einer erneuten Nachblutung kehrte der Patient am 13. Juli 2010 um 00:58 Uhr in die Notfallambulanz zurÃ¼ck und wurde stationÃ¤r aufgenommen.

Â

Der erste Besuch in der Notfallambulanz am 12. Juli 2010 um 21:31Uhr ist nicht mehr der zuvor erfolgten stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung zuzurechnen, da diese abgeschlossen war. Dies ist anzunehmen, wenn der Patient aus Sicht des verantwortlichen Krankenhausarztes mit dem im Entscheidungszeitpunkt verfÃ¼gbaren Wissens- und Kenntnisstand die aus medizinischer Sicht erforderliche Behandlung im vollen Umfang erhalten hat (ThÃ¼ringer LSG, Urteil vom 31. Januar 2012, L 6 KR 497/07, zitiert nach juris, Rn. 21). Dem Arztbrief vom 12. Juli 2010 ist zu entnehmen, dass der postoperative Verlauf keine Besonderheiten aufwies, insbesondere keine Nachblutung aufgetreten war, und der Patient K mit regelrechten enoralen BelÃ¤gen in die ambulante Weiterbehandlung entlassen wurde. Aus Sicht des Krankenhausarztes war zu dem Zeitpunkt die erforderliche Behandlung damit abgeschlossen. Eine nachstationÃ¤re Behandlung gem. Â§ 115a Abs. 1 Nr. 2 SGB V war gerade nicht vorgesehen, weshalb die Notfallbehandlung auch nicht im Rahmen der stationÃ¤ren VergÃ¼tung mit abgegolten wurde.

Â

Der Patient wurde aber bei seinem Besuch am selben Tag um 21:31Uhr auch nicht wieder neu aufgenommen. Die Aufnahme stellt nach der Rechtsprechung des BSG, wie bereits ausgefÃ¼hrt, die organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses dar. Eine solche Eingliederung hat beim ersten Besuch der Notfallambulanz gerade nicht stattgefunden. Ohne eine Aufnahme â€“ auch wenn diese nur an der Einwilligung des Patienten scheiterte â€“ kÃ¶nnen keine stationÃ¤ren Leistungen abgerechnet werden (so auch SG Oldenburg, Urteil vom 19. Januar 2017, S 3 KR 555/15, zitiert nach juris, dort Rn. 22), in denen die ambulanten Notfallleistungen enthalten sein kÃ¶nnten. Das EinverstÃ¤ndnis des Versicherten zur stationÃ¤ren Aufnahme ist insofern fÃ¼r einen stationÃ¤ren VergÃ¼tungsanspruch erforderlich (zur Voraussetzung der Einwilligung fÃ¼r einen VergÃ¼tungsanspruch: BSG, Urteil vom 17. Dezember 2013, B 1 KR 70/12 R, zitiert nach juris, dort Rn. 25). Das EinverstÃ¤ndnis kann auch konkludent erfolgen, indem Krankenhausleistungen wie Unterbringung und Verpflegung in Anspruch genommen werden (vgl. SG Oldenburg, a.a.O., zitiert nach juris, Rn. 22). Dies war vorliegend jedoch gerade nicht der Fall, da der Patient Kerfin das Krankenhaus nach seiner Erstversorgung aufgrund eigener Ablehnung einer stationÃ¤ren Aufnahme wieder verlassen hat.

Â

Die ambulanten Leistungen im Rahmen des ersten Besuchs um 21.31 Uhr stellen auch keinen Teil der nach dem zweiten Besuch um 00:58 Uhr des Folgetages erbrachten stationÃ¤ren Leistungen dar. Denn die ambulanten Leistungen werden nur dann Teil einer sich anschlieÃŸenden stationÃ¤ren Behandlung, wenn diese unmittelbar daran anschlieÃŸt, mit der

Folge, dass ein Anspruch auf VergÃ¼tung als vertragsÃ¤rztliche Leistung ausgeschlossen ist. Als Teil der nachfolgenden stationÃ¤ren Behandlung hat das BSG die ambulante Behandlung angesehen, wenn der Versicherte an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in die stationÃ¤re Behandlung desselben Krankenhauses aufgenommen worden ist (BSG, Urteil vom 11. September 2019, B 6 KA 6/18 R, zitiert nach juris, dort Rn. 23). Eine solche Unmittelbarkeit ist im Falle des Patienten K nicht gegeben, da die stationÃ¤re Aufnahme erst am Folgetag stattfand, auch wenn dies nur rund drei Stunden spÃ¤ter war.

Â

Da der Senat im streitigen Fall der ersten RÃ¼ckkehr am Abend keine stationÃ¤re Aufnahme sieht, kann dahinstehen, ob eine FallzusammenfÃ¼hrung nach Â§ 8 Abs. 5 KHEntgG hÃ¤tte vorgenommen werden mÃ¼ssen. Denn diese setzt voraus, dass zwei stationÃ¤re Aufenthalte vorlagen, die zusammenzufÃ¼hren waren. Der Senat geht zudem davon aus, dass der ambulante Aufenthalt vom 12. Juli 2010 nicht vom stationÃ¤ren KostentrÃ¤ger vergÃ¼tet wurde. In dem Schreiben der Wehrbereichsverwaltung Ost vom 14. MÃ¤rz 2011 wird unter der Rubrik â€žBehandlungsdatum ambulantâ€œ der 12. Juli 2010 genannt, daher dÃ¼rfte es sich bei â€žWiederaufnahme am 12.07.10â€œ um einen Schreibfehler handeln und eigentlich der 13. Juli 2010 (Datum der stationÃ¤ren Wiederaufnahme) gemeint sein.

Â

4. Nach alldem wird die Beklagte im Zuge der Neubescheidung eine NachvergÃ¼tung fÃ¼r die Notfallbehandlungen der Patientin W und des Patienten K zu veranlassen haben.

Â

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG in Verbindung mit Â§ 154 Abs. 2 VwGO. Eine Erstattung der auÃŸergerichtlichen Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, da sie keine AntrÃ¤ge gestellt haben (Â§ 162 Abs. 3 VwGO).

Â

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision bestehen nicht, Â§ 160 Abs. 2 SGG.

Erstellt am: 14.04.2023

Zuletzt verändert am: 22.12.2024