

## L 24 KA 40/16

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
24

1. Instanz  
SG Potsdam (BRB)  
Aktenzeichen  
S 1 KA 17/14

Datum  
08.06.2016  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 24 KA 40/16

Datum  
09.12.2020  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 8. Juni 2016 geändert. Die Beklagte wird unter Änderung des Honorarbescheides vom 26. Juli 2012 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 2. Januar 2014 und der Bescheide vom 14. Juli 2016 und 30. August 2016 sowie des Anerkenntnisses vom 12. März 2020 verpflichtet, über das Honorar der Klägerin für das III. Quartal 2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über eine von der beklagten kassenärztlichen Vereinigung vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung betreffend Behandlungsleistungen, die im Quartal III/2010 in der Notfallambulanz eines Krankenhauses erbracht worden sind.

Die Klägerin betreibt das S K B, dem eine Notfallambulanz ("Rettungsstelle") angegliedert war. Die Beklagte setzte mit Honorarbescheid vom 26. Juli 2012 das Honorar für das Quartal III/2010 unter sachlich-rechnerischer Richtigstellung auf 106.548,13 Euro fest. Der Bescheid nahm Bezug auf eine Anlage (Liste P 123) in der "sachlich-rechnerische Richtigstellungen nach § 45 BMV-Ä und § 34 Abs. 4 EKV" vorgenommen waren. Der Bescheid verwies darauf, dass 62 Behandlungsscheine sachlich-rechnerisch richtig zu stellen seien, weil Patienten unmittelbar im Anschluss an die Notfallbehandlung in demselben bzw. in einem anderen Krankenhaus stationär aufgenommen worden seien. In 25 Fällen seien die Patienten im Anschluss an die Behandlung in demselben Krankenhaus stationär aufgenommen worden, in 36 Fällen in einem anderen Krankenhaus und in einem Fall in einem Krankenhaus.

Die Klägerin erhob dagegen hiergegen am 29. Mai 2012 Widerspruch. Tatsächlich habe die Beklagte in 63 Fällen eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vorgenommen. Mit Ausnahme von 10 unstrittigen Behandlungsfällen sei die sachlich-rechnerische Richtigstellung zu Unrecht erfolgt.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 2. Januar 2014 zurück. Für die Abgrenzung der Leistungen der stationären Versorgung von denen der ambulanten Versorgung bezog sie sich auf das Urteil des erkennenden Senats v. 12. März 2010 - [L 24 KA 1017/05](#), wonach eine einheitliche stationäre Behandlung immer vorliege, wenn auf eine Notfallbehandlung eine stationäre Aufnahme erfolge. In sieben von der Klägerin beanstandeten Fällen sei diese tatsächlich nicht beschwert.

Gegen den Widerspruchsbescheid richtet sich die am 29. Januar 2014 bei dem Sozialgericht Potsdam eingegangene Klage. Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 8. Juni 2016 den Honorarbescheid vom 26. Juli 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Januar 2014 aufgehoben und die Beklagte zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts verurteilt. Nach einem für 10 Behandlungsfälle erklärten und angenommenen Teilerkenntnis sowie nach teilweiser Klagerücknahme seien noch 34 Behandlungsfälle streitig. In 30 von diesen Fällen habe die Beklagten mit Recht eine sachlich-rechnerische Richtigstellung vorgenommen, da jeweils von einem einheitlichen Behandlungsfall in Bezug auf eine nachfolgende stationäre Aufnahme auszugehen gewesen sei. Dagegen liege in vier Behandlungsfällen eine abgeschlossene Notfallbehandlung vor, so dass ein Vergütungsanspruch gegen die Beklagte bestehe. Grundlage eines Vergütungsanspruchs sei vorliegend allein [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Krankenhäuser dürften nur in diesem Rahmen ambulante Behandlungen vornehmen. Ausgeschlossen sei eine Vergütung solcher Leistungen unter den Gesichtspunkt eines einheitlichen Behandlungsfalls aber, wenn sich ihnen eine stationäre Aufnahme anschließe. Der Begriff des einheitlichen Behandlungsfall es ergebe sich im Wesentlichen aus der Rechtsprechung der für die Krankenversicherung zuständigen Senate des BSG. Deren Entscheidungen seien auf den vorliegenden Sachverhalt nicht übertragbar, böten jedoch einen Ansatz für Begrifflichkeiten. Unter anderem ergebe sich aus dem Urteil des BSG vom 28. Februar 2007 - [B 3 KR 17/06 R](#) - dass eine vollstationäre Behandlung gegeben sei, wenn sie sich nach dem

Behandlungsplan des Krankenhauses vorausschauend zeitlich auf mindestens einen Tag und eine Nacht erstrecken sollte. Ein kürzerer Aufenthalt belege noch nicht automatisch eine ambulante Behandlung. Insoweit komme es dann darauf an, ob auch die für ein Krankenhaus typische Infrastruktur in Anspruch genommen worden sei. Sowohl bei einer Aufnahmeuntersuchung als auch bei einer Notfallbehandlung obliege dem Arzt die Entscheidung, ob stationäre Behandlungsnotwendigkeit bestehe. Ein einheitlicher Behandlungsfall liege auch vor, wenn in der Rettungsstelle die Entscheidung zur Einweisung in anderes (fachlich zuständiges) Krankenhaus getroffen werde. Maßgebend für die Entscheidung der 34 streitig gebliebenen Behandlungsfälle sei demnach, ob die Aufnahme des Versicherten in ein Krankenhaus aufgrund einer in der Rettungsstelle getroffenen Entscheidung erfolgt sei. So habe es in 30 Fällen gelegen, in weiteren vier Fällen sei die Aufnahme in ein Krankenhaus dagegen aus anderen oder hinzugetretenen medizinischen Gründen erfolgt.

Gegen das der Klägerin am 11. Juli 2016 und der Beklagten am 13. Juli 2016 zugestellte Urteil richten sich die am 27. Juli 2016 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingegangene Berufung der Klägerin und die am 9. August 2016 eingegangene Berufung der Beklagten. Die Beklagte hat mit Bescheid vom 14. Juli 2016 die Honorarberechnung u. a. für das hier streitgegenständliche Quartal III/2010 abgeändert und der Klägerin 3.932,80 EUR nachvergütet. Das zu den vor dem Sozialgericht zunächst streitig gewesen 10 Fällen abgegebene Teilerkenntnis hat die Beklagte durch Bescheid vom 30. August 2016 ausgeführt und der Klägerin 261,88 EUR nachvergütet.

Die Klägerin hat zunächst begehrt, die Beklagte auch zur Neubescheidung des Honorars für die 30 Behandlungsfälle zu verurteilen, wegen denen die Klage vor dem Sozialgericht ohne Erfolg geblieben ist. Darunter seien zwei Fälle, in denen die Patientinnen jeweils trotz vom Arzt in der Rettungsstelle festgestellter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit die sofortige stationäre Aufnahme auf eigenes Risiko abgelehnt hätten und stattdessen erst am nächsten Tag erneut zur Aufnahme erschienen seien. Im Übrigen liege jeweils auch kein die Vergütung ambulanter Leistungen ausschließender einheitlicher Behandlungsfall vor, wenn Versicherte nach ihrer Behandlung in der Notaufnahme zur stationären Behandlung in ein anderes Krankenhaus überwiesen oder verlegt würden. Nach einem von der Beklagten zu den letzteren Fällen am 12. März 2020 abgegebenen und angenommenen weiteren Teilerkenntnis führt die Klägerin die Berufung nur noch wegen der Versorgung der beiden Patientinnen weiter, die sich entgegen dem ärztlichen Rat nicht direkt von der Rettungsstelle in stationäre Behandlung begeben haben, sondern erst am Folgetag wieder zur stationären Aufnahme erschienen sind. Dadurch sei eine erneute gesonderte Aufnahmeuntersuchung notwendig geworden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 8. Juni 2016 abzuändern und die Beklagte unter Änderung des Honorarbescheides vom 26. Juli 2012 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 2. Januar 2014 und der Bescheide vom 14. Juli 2016 und 30. August 2016 sowie des Anerkenntnisses vom 12. März 2020 zu verpflichten, über das Honorar der Klägerin für das III. Quartal 2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Soweit die Klage keinen Erfolg gehabt hat, hat sie zunächst das Urteil des Sozialgerichts verteidigt und darüber hinaus noch die Abweisung der Klage auch für die vier Fälle begehrt, in denen das Sozialgericht zur Neubescheidung verurteilt hat. Nach Auswertung des Urteils des BSG v. 11. September 2019 - [B 6 KA 6/18 R](#) hat die Beklagte dann am 12. März 2020 anerkannt, dass in weiteren 28 Behandlungsfällen eine Nachvergütungspflicht besteht und ihre eigene Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts zurückgenommen, soweit bereits das Sozialgericht für vier Behandlungsfälle zur Neubescheidung verurteilt hat. Sie bleibt aber dabei, dass die Berufung der Klägerin in Bezug auf die zwei Behandlungsfälle zurückzuweisen ist, in denen die Versicherten erst am Folgetag ihrer Vorstellung auf der Rettungsstelle zur stationären Behandlung zu der Klägerin zurückgekehrt sind.

Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung sowie der Beratung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Da die Beklagte ihre Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts zurückgenommen hat, ist allein noch über die Berufung der Klägerin zu entscheiden. Die Berufung ist vom Sozialgericht ausdrücklich zugelassen worden. Die Klägerin hat auch Erfolg mit ihrer Berufung, nachdem die Beklagte dem Berufungsbegehren der Klägerin bereits selbst im Wesentlichen dadurch abgeholfen hat, dass sie am 12. März 2020 ihre Nachvergütungspflicht für weitere 28 Behandlungsfälle anerkannt hat. Nach Annahme dieses Teilerkenntnisses durch die Klägerin sind noch zwei Behandlungsfälle streitgegenständig geblieben. Insoweit hat das Sozialgericht zu Unrecht die Klage gegen die von der Beklagten vorgenommenen sachlich-rechnerische Richtigstellung teilweise abgewiesen. Die Beklagte ist verpflichtet, der Klägerin auch diese beiden Behandlungsfälle zu vergüten.

Die Beklagte war zwar gemäß [§ 106 a Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) (idF v. 14. November 2003) berechtigt, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen festzustellen. Das beinhaltet das Recht, die Abrechnungen gegebenenfalls richtigzustellen, wenn sie nicht in Übereinstimmung mit den maßgebenden Vorschriften - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots - erbracht worden sind. Gegenstand der Abrechnungsprüfung ist auch die Abrechnung von Notfallbehandlungen, die durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser erbracht worden sind. Infolge der Gleichstellung der in Notfällen tätig werdenden Krankenhäuser mit Vertragsärzten gelten die für die Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen des Vertragsarztrechtens entsprechend (zuletzt BSG v. 11. September 2019 - [B 6 KA 6/18 R](#) juris Rn 15 mit Bezugnahme auf BSG v. 12. Dezember 2012 - [B 6 KA 3/12 R](#) - juris Rn. 12 und v. 10. Dezember 2008 [B 6 KA 37/07 R](#) - juris Rn. 14). Die Klägerin hat die beiden noch streitigen Behandlungsfälle aber zu Recht abgerechnet.

Auch wenn das Gesetz den Kassenärztlichen Vereinigungen die Sicherstellung eines Notfalldienstes aufgibt, sind die Versicherten nicht verpflichtet, vorrangig den organisierten Notfalldienst der Kassenärztlichen Vereinigungen in Anspruch zu nehmen. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) gewährt ihnen ausdrücklich das Recht, in der besonderen Situation eines Notfalles auch Krankenhäuser zur Realisierung ihres

Sachleistungsanspruches aufzusuchen. In vergütungsrechtlicher Hinsicht ist durch die Rechtsprechung des BSG geklärt, dass durch die Krankenhäuser erbrachte Notfallbehandlungen, die üblicherweise in von den Krankenhäusern eingerichteten Rettungsstellen erfolgen, der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen und aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind (BSG v. 11. September 2019 - [B 6 KA 6/18 R](#) - juris Rn 17 mit weit. Nachw.).

Voraussetzung für die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung von Notfallbehandlungen im Krankenhaus ist, dass es sich tatsächlich um Notfälle gehandelt hat und keine über die Notfallversorgung hinausgehende Behandlung vorgenommen worden ist. Beide Voraussetzungen sind in den beiden noch streitig gebliebenen Fällen gegeben. Die Patientin H B stellte sich am 13. September 2010 (Montag) nach einem Sturz am vorangegangenen Freitag mit einer massiven Schwellung des rechten Fußrückens nach einem Sturz vor. Bei der Klägerin wurde eine Röntgenaufnahme veranlasst, eine Fraktur des oberen Sprunggelenks rechts festgestellt und der Patienten dringend die stationäre Aufnahme empfohlen, was diese jedoch auf den Folgetag verschob. Die Patientin A-S H stellte sich am 16. Juli 2010 wegen Schmerzen im perianalen Bereich vor. Für die Patientin wurde ein Befund erhoben und eine OP-Indikation gestellt, sie verließ jedoch das Krankenhaus aus privaten Gründen und kann erst am nächsten Tag wieder zurück in das Krankenhaus der Klägerin zur stationären Aufnahme und zur OP. Damit bestanden bei beiden Patientinnen zum Zeitpunkt ihrer Erstvorstellung bei der Klägerin Symptome, die dringend abgeklärt werden mussten. Der Umfang der auf der Rettungsstelle der Klägerin vorgenommenen Behandlung ging über eine Diagnostik zur Abklärung der Beschwerden und der Behandlungsoptionen nicht hinaus, blieb demnach im Rahmen einer Notfallversorgung.

Darauf, ob die Patienten sich auch während der üblichen Sprechzeiten in einer vertragsärztlichen Praxis zur Behandlung hätten vorstellen können, kommt es nicht an. Ein Krankenhaus kann einem Patienten, der eine Notfallambulanz zu den üblichen Sprechzeiten der Vertragsärzte aufsucht, eine Behandlung nicht ohne weiteres verweigern, sondern muss sich über bestehende Beschwerden und den Zustand des Patienten vergewissern (BSG v. 11. September 2019 - [B 6 KA 6/18 R](#) - juris Rn 44). Dementsprechend sind die von der Klägerin in beiden Fällen erbrachten Behandlungsleistungen als ambulante Notfallbehandlung zu qualifizieren, die grundsätzlich einen Vergütungsanspruch gegen die Beklagte auslösen.

Der Vergütungsanspruch entfällt nicht wegen der in beiden Fällen am Folgetag der Vorstellung in der Rettungsstelle erfolgten stationären Aufnahme der Patientinnen im Krankenhaus der Klägerin. Zwar ist in der Rechtsprechung des BSG anerkannt, dass zunächst ambulant erbrachte Leistungen Teil einer nachfolgenden stationären Behandlung sein können, was deren gesonderte Vergütung als vertragsärztliche Leistungen ausschließt. Das betrifft nach dem BSG aber Fälle, in denen ein Versicherter an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses aufgenommen worden ist (BSG v. 11. September 2019 - [B 6 KA 6/18 R](#) - juris Rn 23 unter Hinweis auf BSG v. 19. November 1985 - [6 RKa 38/83](#)). An diesen Voraussetzungen fehlt es jedoch vorliegend. Aufgenommen worden in ein Krankenhaus ist ein Patient erst, wenn er das "spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses" in Anspruch nimmt. Die Aufnahme eines Patienten in ein Krankenhaus wird regelmäßig durch objektiv feststellbare Gegebenheiten wie die Einweisung auf eine bestimmte Station, die Zuweisung eines Bettes, das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen und ähnliches dokumentiert. Sie wird als physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses definiert (BSG v. 19. September 2013 - [B 3 KR 34/12 R](#) - juris Rn 12 unter Hinweis auf [BT-Drucks 12/3608 S. 82](#)).

Zu Unrecht meint die Beklagte, dass als Aufnahme bereits die Einschätzung des in der Notfallambulanz untersuchenden Arztes gelten müsse. Selbst wenn ein Arzt dort zu dem Ergebnis kommt, dass bei einem Patienten stationäre Behandlungsnotwendigkeit besteht und er auch die Möglichkeit zur stationären Behandlung in dem Krankenhaus sieht, auf dessen Rettungsstelle er die Untersuchung vornimmt, ist allein dadurch noch keine Aufnahme erfolgt. Das ergibt sich auch nicht aus dem Urteil des BSG v. 19. September 2013 - [B 3 KR 34/12 R](#), auf das sich die Beklagte zur Stützung ihrer Rechtsauffassung beruft. Soweit das BSG in diesem Urteil darauf abgestellt hat, ob ein Patient nach der Entscheidung des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden soll, betraf das die Abgrenzung zwischen einer stationären und einer teilstationären Behandlung, setzte also voraus, dass eine stationäre Aufnahme an sich bereits erfolgt war. Das BSG hat für die Abgrenzung zwischen ambulanter Notfallbehandlung und stationärer Krankenhausbehandlung aber ausdrücklich nicht an die Abgrenzung zwischen stationärer und teilstationärer Versorgung angeknüpft, sondern ausgeführt, dass ein einheitlicher stationärer Behandlungsfall vorliegt, wenn ein Versicherter im Anschluss an die Behandlung in einer Notfallambulanz wegen derselben Erkrankung in die stationäre Behandlung des Krankenhauses aufgenommen wird, dass auch die Notfallambulanz betreibt (BSG v. 11. September 2019 - [B 6 KA 6/18 R](#) - juris Rn 25). Im Übrigen verkennt die Beklagte, dass die ärztliche Einschätzung, wonach Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht, noch nicht mit einer ärztlichen Aufnahmeentscheidung gleichzusetzen ist. Allen Krankenhausärzten dürfte bekannt sein, dass sie einwilligungsfähige Patienten nicht gegen deren Willen aufnehmen dürfen. Aus diesem Grund kann von einer ärztlichen Aufnahmeentscheidung nicht ausgegangen werden, solange ein Patient ausdrücklich sein Einverständnis verweigert.

In den beiden streitig gebliebenen Fällen sind die Patientinnen erst am Folgetag der ambulanten Untersuchung stationär von der Klägerin aufgenommen worden. Die Behandlung war damit zunächst unterbrochen. Die am Vortag stattgefundene ambulante Behandlung kann nicht bereits als Teil der anschließenden stationären Behandlung angesehen werden. Denn eine stationäre Behandlung wird definiert auch durch den Tag der Aufnahme und den Tag der Entlassung, die beide unter Umständen auch vergütungsrechtlich erheblich werden können.

Für eine stationäre Aufnahme reicht nicht aus, dass die auf der Rettungsstelle tätigen Ärzte bereits jeweils am Vortag die medizinische Indikation für eine stationäre Aufnahme gesehen haben. Denn die Behandlungsnotwendigkeit als solche begründet noch nicht die rechtlichen Wirkungen einer stationären Aufnahme. Der Versicherte muss die besonderen stationären Leistungen eines Krankenhauses auch tatsächlich in Anspruch genommen haben. Ein Krankenhaus kann einen Patienten nicht aufnehmen, der seine Bereitschaft zur Behandlung verweigert. Insoweit kommt es vorliegend nicht darauf an, ob die beiden Versicherten bereits in der Notaufnahme ihre Bereitschaft bekundet haben, zu einem späteren Zeitpunkt in das Krankenhaus zur Behandlung zurückzukehren. Denn das ändert nichts daran, dass sie sich jedenfalls geweigert haben, sich im Anschluss an die Behandlung in der Notfallambulanz in die stationäre Behandlung in das Krankenhaus der Klägerin zu begeben. In beiden Fällen haben die Patientinnen das Krankenhausgelände wieder verlassen, um andere Angelegenheiten zu erledigen, ehe dann am Folgetag schließlich eine stationäre Aufnahme vorgenommen worden ist. Zwar entfällt nach der Rechtsprechung des BSG eine auf der Grundlage der Entscheidung eines Krankenhausarztes einmal erfolgte physische und organisatorische Eingliederung eines Patienten in das besondere stationäre Versorgungssystem eines Krankenhauses nicht wieder dadurch, dass der Patient entgegen ärztlichen Rat das Krankenhaus auf seinen eigenen Wunsch hin am selben Tag wieder verlässt (BSG v. 19. September 2013 - [B 3 KR 34/12 R](#) - Rn. 13). Das setzt aber voraus, dass eine physische und organisatorische Eingliederung der Patienten in das Krankenhaus

bereits stattgefunden hat, was in den beiden streitig gebliebenen Fällen aber gerade nicht der Fall war. Das Krankenhaus der Klägerin hatte am Tag der ambulanten Untersuchung der beiden Versicherten noch keine Maßnahme veranlasst, die auf eine Aufnahme der Versicherten in ihren stationären Krankenhausbetrieb schließen ließen ... Nach alledem war auf die Berufung der Klägerin das Urteil des Sozialgerichts abzuändern und die Beklagte auch zur Vergütung der beiden streitig gebliebenen Behandlungsfälle zu verurteilen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung und berücksichtigt, dass die Klägerin mit ihrem Klagebegehren im Wesentlichen erfolgreich geblieben ist.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2021-01-21