

S 11 KA 649/08

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11

1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 11 KA 649/08

Datum
24.08.2010
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 69/10

Datum
13.07.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 14/12 R
Datum
17.07.2013

Kategorie
Urteil

Leitsätze

1. Der ermächtigte Arzt kann außerhalb der Ausnahmenvorschrift des § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG innerhalb von 14 Tagen nach stationärem Aufenthalt eines Patienten für diesen Patienten keine Leistungen als ermächtigter Arzt abrechnen.

2. Derartige Leistungen werden von [§ 115a SGB V](#) erfasst, was eine gleichzeitige Abrechnungsmöglichkeit über [§ 116 SGB V](#) gesetzessystematisch ausschließt.
Die Klage wird abgewiesen.

Der Kläger trägt die Gerichtskosten.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die sachlich-rechnerische Berichtigung der Abrechnung aus den Quartalen II/06, III/06, IV/06, II/07, III/07 und IV/07.

Der Kläger nimmt als Chefarzt der chirurgischen Abteilung an der YS. Stadtkrankenhaus A-Stadt gGmbH an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Gemäß Beschluss des Zulassungsausschusses vom 26.10.2004 erstreckte sich seine bis zum 31.12.2006 befristete Ermächtigung auf folgende Leistungen:

1. Konsiliarische Beratung eines Orthopäden bei unfallchirurgischen Problemen oder eines Chirurgen in der Behandlung auf dessen namentlichen Überweisung, abzurechnen nach den Nrn. 1, 74 und 75 EBM '96
2. Einmalige Kontrolle nach Notfällen - falls erforderlich - auf Überweisung durch Vertragsärzte
3. ambulante Nachbehandlung nach einer stationären Krankenhausbehandlung in der chirurgischen Abteilung am Stadtkrankenhaus, A-Stadt, im Einvernehmen mit dem behandelnden Vertragsarzt auf dessen namentlichen Überweisung, längstens jedoch bis zum Ablauf von drei Monaten nach Entlassung aus stationärer Behandlung
4. Laborleistungen nach Kapitel O I/II des EBM '96

Die Ermächtigung wurde mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 31.10.2006 mit Frist bis zum 31.12.2008 wie folgt fortgeführt:

1. Konsiliarische Beratung eines Orthopäden bei unfallchirurgischen Problemen oder eines Chirurgen in der Behandlung auf dessen namentlichen Überweisung, abzurechnen nach den Nrn. 01310 bis 01312, 01600 bis 01602 EBM 2000plus

Die Abklärung der OP-Indikation und die OP-Vorbereitung ist im Rahmen der konsiliarischen Beratung nicht abrechenbar

2. Einmalige Kontrolle nach Notfällen - falls erforderlich - auf Überweisung durch Vertragsärzte

3. Ambulante Nachbehandlung nach einer stationären Krankenhausbehandlung-) in der chirurgischen Abteilung des Stadtkrankenhauses A-Stadt gGmbH, A-Stadt, im Einvernehmen mit dem behandelnden Vertragsarzt auf dessen namentlichen Überweisung, längstens jedoch bis zum Ablauf von drei Monaten nach Entlassung aus stationärer Behandlung

-) Eine Abrechnung innerhalb der ersten 14 Tagen nach der Entlassung ist nur dann möglich, wenn eine Abrechnungsmöglichkeit nach [§ 115a SGB V](#) nicht von den Fallpauschalen umfasst ist

4. Laborleistungen nach Kapitel 32.2 des EBM 2000plus

Mit Bescheiden vom 24.10.2006, 23.11.2006, 15.02.2007, 16.08.2007, 21.02.2008 und 28.03.2008 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass seine Abrechnungen für die strittigen Quartale berichtigt worden seien. Im Quartal II/06 seien 53 Behandlungsfälle, im Quartal III/06 73 Behandlungsfälle, im Quartal IV/06 21 Fälle, im Quartal II/07 93 Fälle, im Quartal III/07 89 Behandlungsfälle und im Quartal IV/07 74 Behandlungsfälle von der Vergütung ausgenommen worden. Insgesamt streitgegenständlich sind damit 403 Behandlungsfälle.

Bei den abgesetzten Ziffern handelte es sich im Wesentlichen um Ziffern des Ordinations- und Konsultationskomplexes sowie Röntgenleistungen.

Ihre Berichtigungen begründete die Beklagte damit, dass nach den einschlägigen gesetzlichen Vorgaben die nach einem stationären Krankenhausaufenthalt erforderlichen Leistungen nicht Gegenstand der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung seien. Deshalb hätten die Behandlungen, die mehr als 14 Tage nach Beendigung des stationären Aufenthaltes berechnet worden seien, von der Vergütung ausgeschlossen werden müssen.

Gegen diese Bescheide legte der Kläger jeweils Widerspruch ein. Zur Begründung führte er aus, dass seine Ermächtigung keinerlei zeitliche Einschränkung habe außer der, dass die Behandlung längstens bis zum Ablauf von 3 Monaten nach Entlassung aus der stationären Behandlung abgerechnet werden könne. Da es sogenannte Nachbehandlungspauschalen nicht gäbe und das Krankenhaus die nachstationäre Behandlungen in den ersten 14 Tagen nach einer Entlassung nicht abgerechnet habe, hätte er wie bisher davon ausgehen können, dass eine Abrechnung im Rahmen seiner Ermächtigung möglich wäre. Ohne vorherige Information sei diese Kürzung jedenfalls rechtswidrig, da ihm keine Gelegenheit gegeben worden sei, sein Sprechstundenverhalten anzupassen und sich vergütungskonform zu verhalten. Zudem werde im Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 15.02.2007 bestätigt, dass die nachstationäre Behandlung nicht grundsätzlich zu Lasten des Krankenhauses erfolgen könne, da sie nicht Bestandteil der DRG-Vergütung sei. Da er als ermächtigter Arzt in besonderen Fällen auf Zuweisung des Hausarztes die nachstationäre Behandlung durchführe, seien die entsprechenden Leistungen auch von der Beklagten zu vergüten.

Mit Widerspruchbescheid vom 26. September 2008 wies die Beklagte die Widersprüche des Klägers zurück. Nach § 8 Abs. 2 Nr. 4 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) dürfe durch das Krankenhaus zusätzlich zur Fallpauschale eine nachstationäre Behandlung nur nach [§ 115a SGB V](#) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Behandlungstagen und der vor- und nachstationären Behandlungsdauer die Grenzfallverweildauer der Fallpauschale nicht übersteige. Im Umkehrschluss bedeute dies, dass eine vor- und nachstationäre Behandlung in die diagnosebezogene Fallpauschale (DRG) bereits einbezogen sei. Zudem sei bei Durchsicht der Abrechnungsscheine aufgefallen, dass vermehrt die nachstationäre Behandlung bereits Tage vor Ausstellung der Überweisung durchgeführt und diese nachträglich über den Überweisungsschein abgerechnet worden sei. Im Zeitpunkt der Behandlung habe der Tatbestand der Überweisung, der Voraussetzung ist im Rahmen der Ermächtigung zu handeln, nicht vorgelegen. Auffällig sei darüber hinaus, dass Überweisungen bereits vor der stationären Behandlung ausgestellt worden seien und sodann die nachstationäre Betreuung nahtlos im Zusammenhang mit der stationären Behandlung stattgefunden habe.

Gegen diesen Bescheid richtet sich die Klage vom 22.10.2008.

Der Kläger trägt vor, dass jedenfalls für den Zeitraum bis Ende 2006 die erbrachten Leistungen zu vergüten seien, da die entsprechende Anmerkung hinsichtlich der Erfassung der Leistungen durch die Fallpauschalen erst im 2. Zulassungsbeschluss, gültig ab 01.01.2007 enthalten sei. Darüber hinaus bedeute diese Anmerkung jedoch sowieso keine zeitliche Einschränkung des Ermächtigungsumfangs. Die nachstationäre Behandlung sei eine von der ambulanten Behandlung unterschiedliche Behandlungsform, ein quantitatives und qualitatives Mehr gegenüber einer ambulanten Behandlung. Die nachstationäre Behandlung sei nach der Definition in [§ 107 Abs. 1 Nr. 2](#) und 3 SGB V bestimmt. Unterschied zur vollstationären Behandlung sei nur, dass die Patienten nicht untergebracht und gepflegt werden müssten. In diesem Sinne seien die streitgegenständlichen Behandlungsfälle nicht als nachstationäre Behandlung zu definieren, vielmehr habe es sich ausschließlich um ambulante Behandlung gehandelt. Dies werde auch an den abgerechneten Gebühren deutlich.

Der Kläger beantragt,

die Bescheide der Beklagten vom 24.10.2006, 23.11.2006, 15.02.2007, 16.08.2007, 21.02.2008 und 28.03.2008 alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.09.2008 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die mit der Begründung "Leistung innerhalb 14 Tage nach stationärem Aufenthalt" oder ähnlich abgesetzten Leistungen zu vergüten.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, dass die Entscheidung des Zulassungsausschusses für sie bindend sei. Der für die Abrechnung maßgebende Status sei durch diese Entscheidung bindend festgelegt. Die Abrechnungen des Klägers seien rechtswidrig gewesen, da die streitigen Leistungen nicht Gegenstand der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im Sinne von § 3 Abs. 2 Nr. 8 Bundesmantelvertrag Ärzte bzw. § 2 Abs. 12 Nr. 8 EKV gewesen seien. Ausgangspunkt für die Beurteilung des Sachverhalts sei [§ 39 SGB V](#). Danach erfasse die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten in Krankenhaus notwendig seien, insbesondere ärztliche Behandlung usw. Daraus ergebe sich die Verpflichtung des Krankenhauses eine notwendige nachstationäre Behandlung durchzuführen. Das Krankenhaus dürfe nicht die Verantwortung für den Patienten auf die niedergelassenen Vertragsärzte abwälzen. Über die Kann-Vorschrift des [§ 115a Abs. 1 SGB V](#) werde

dem Krankenhaus lediglich die Möglichkeit eröffnet anstatt einer vollstationären Krankenhausbehandlung eine nachstationäre Krankenhausbehandlung durchzuführen. Diese dürfe in zeitlicher Hinsicht 14 Tage nach Beendigung der stationären Behandlung nicht überschreiten. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG habe der Kläger die Pflicht zur peinlich genauen Abrechnung. Hiergegen habe er grob fahrlässig indem er vermehrt die nachstationäre Behandlung bereits Tage vor Ausstellung der Überweisung durchgeführt und diese erst nachträglich über den Überweisungsschein abgerechnet habe, verstoßen. In derartigen Fällen trage der Arzt das sogenannte Honorarrisiko. Der Kläger trägt ergänzend vor, dass die KBV gemeinsam mit der deutschen Krankenhausgesellschaft am 04. September 2009 eine Stellungnahme zur Abgrenzung ambulanter vertragsärztlicher Versorgung und nachstationärer Krankenhausversorgung abgegeben habe. Danach obliege die Feststellung der Notwendigkeit und die Durchführung einer nachstationären Behandlung allein der Entscheidung des Krankenhauses. Soweit das Krankenhaus sich hierzu nicht entscheide, habe die notwendige ambulante Behandlung durch einen Vertragsarzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erfolgen. In den vom Kläger abgerechneten Fällen habe das Krankenhaus gerade nicht entschieden, die Patienten für die Dauer von 14 Tagen nach der Entlassung nachstationär zu behandeln. Schon allein deswegen nicht, weil es keine medizinische Notwendigkeit gegeben habe, mit besonderen Mitteln eines Krankenhauses, allerdings ohne Unterkunft und Verpflegung, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Wenn das Krankenhaus die Patienten nicht nachstationär behandelte, dies aber gleichwohl behandlungsbedürftig gewesen seien, habe er sie vertragsärztlich ambulant versorgen dürfen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Prozessakte verwiesen, die in der mündlichen Verhandlung vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidungsfindung waren.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#) -).

Die zulässige Klage ist nicht begründet. Die Bescheide der Beklagten vom 24.10.2006, 23.11.2006, 15.02.2007, 16.08.2007, 21.02.2008 und 28.03.2008, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.09.2008 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf Vergütung der abgesetzten Leistungen.

Die Beklagte war grundsätzlich zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragszahnärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragszahnärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Es obliegt deshalb nach [§ 45 des Bundesmantelvertrages-Ärzte \(BMV-Ä\)](#) bzw. [§ 34 des Ersatzkassenvertrages-Ärzte \(EKV-Ä\)](#) der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen. Diese Befugnis steht ihr auch gegenüber ermächtigten Ärzten zu, da diese Bestimmungen auch für sie gelten.

Zutreffend geht die Beklagte davon aus, dass die noch strittigen Leistungen nicht vom Ermächtigungskatalog des Klägers umfasst waren.

Rechtsgrundlage für die Zulassungsbeschlüsse vom 26. Oktober 2004 und 31.10.2006 ist [§ 116 SGB V](#). Nach Satz 1 der Vorschrift können Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung mit Zustimmung des Krankenhausträgers vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist - Satz 2 der Vorschrift - zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird.

Grundvoraussetzung für die Erteilung einer Ermächtigung nach [§ 116 SGB V](#), [§ 31a Abs. 1 Ärzte-ZV](#) ist, dass die Leistung, für die die Ermächtigung begehrt wird, dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen ist. Dies ergibt sich bereits aus der Gesetzesüberschrift zu [§ 116 SGB V](#) ("ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte"), aus dem Inhalt - es wird ermächtigt "zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung" - und dem systematischen Zusammenhang der Norm. Satz 2 der Vorschrift knüpft die Ermächtigung an die Voraussetzung an, dass eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten anderenfalls "nicht sichergestellt" wird und damit an den in [§§ 72, 75 SGB V](#) geregelten Sicherstellungsauftrag in Bezug auf die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten.

Für die Beantwortung der Frage, ob die Leistungen, die Gegenstand der Ermächtigung sein sollen, dem vertragsärztlichen Bereich oder dem hiervon abzugrenzenden Bereich der Krankenhausbehandlung zuzurechnen sind, ist im Grundsatz entscheidend, ob die Leistung, für die die Abrechnung auf der Grundlage der Ermächtigung begehrt wird, dem ambulanten oder dem (teil-) stationären Bereich zuzuordnen ist.

Durch die Einfügung der §§ 115b (ambulantes Operieren im Krankenhaus) und 115a (vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus) SGB V durch Gesetz vom 21. Dezember 1992 ([BGBl. I S. 2266](#)) hat sich insofern eine Änderung ergeben, als nunmehr auch in einem Krankenhaus ambulante und rechtlich gleichwohl dem Bereich "Krankenhausbehandlung" und nicht dem Bereich "vertragsärztliche Versorgung" zuzuordnende Leistungen erbracht werden. Entsprechend ist nunmehr in [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) geregelt, dass die Krankenhausbehandlung "vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär ([§ 115a](#)) sowie ambulant ([§ 115b](#))" erbracht wird.

Demnach bleibt es für die vorzunehmende Abgrenzung im Grundsatz bei der Unterscheidung zwischen ambulanten und damit der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnenden Leistungen einerseits und (teil-) stationärer Krankenhausbehandlung andererseits.

[§ 115a SGB V](#) enthält eine Legaldefinition des Begriffs der nachstationären Leistungen. Nach dieser Vorschrift kann das Krankenhaus Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung). Vorliegend streitgegenständlich

sind nach Zuordnung zu den abgesetzten Ziffern klassische Nachsorgeleistungen, d.h. Ordinations- und Konsultationskomplex sowie Röntgenleistungen. Es handelt sich insoweit um Leistungen, die der gesetzlichen Definition unterfallen, da sie dazu dienen, den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen.

Nach § 8 Abs. 2 Nr. 4 KHEntgG dürfen derartige nachstationäre Leistungen zusätzlich zu einer Fallpauschale nur berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt.

Da in den vorliegend streitgegenständlichen Fällen eine Verweildauerüberschreitung unstreitig nicht vorlag, war die nachstationäre Behandlung durch den Kläger bereits durch die Fallpauschale abgegolten. Die zusätzliche Abrechnung im Rahmen seiner Ermächtigung hätte folglich eine Doppelabrechnung der Leistungen bedeutet.

Darüber hinaus konnte der Kläger auch nicht eine Abrechnungsbefugnis zumindest bis zum Ende des Jahres 2006 aus der Formulierung des Bescheides des Zulassungsausschusses vom 26.10.2004 herleiten.

Zwar ist dem Kläger zuzugeben, dass die ab dem 01.01.2007 gültige Formulierung mit der klarstellenden Fußnote zu [§ 115a SGB V](#) hinsichtlich der Abrechnungsmöglichkeiten klarer ist. Gleichwohl konnte der Kläger nach der gesetzlichen Systematik der Vorschriften der [§§ 115a](#) und [116 SGB V](#) nicht davon ausgehen, dass er Leistungen, die in den Bereich von [§ 115a SGB V](#) fallen, auch unbegrenzt abrechnen zu können, da es sich im Sinne der in der Ermächtigung enthaltenen Aufgabendefinition gerade nicht um ambulante Leistungen handelt. Der Zulassungsbescheid vom 26.10.2004 vermochte insoweit kein schutzwürdiges Vertrauen zu begründen. Vertrauensschutz setzt einen gegenüber dem betroffenen Arzt gesetzten besonderen Vertrauenstatbestand voraus. Schon daran fehlt es aufgrund der gesetzlichen Vorgaben, zu denen die Ermächtigung in keinerlei Widerspruch steht. Das BSG hat in anderem Zusammenhang wiederholt ausgeführt, dass sachlich-rechnerische Richtigstellungen aus Vertrauensschutzgründen nicht erfolgen dürfen, wenn die KV über einen längeren Zeitraum eine systematisch fachfremde oder eine ohne ausreichende fachliche Qualifikation ausgeübte Tätigkeit wissentlich geduldet und der Vertragsarzt im Vertrauen auf die weitere Vergütung solcher Leistungen weiterhin entsprechende Leistungen erbracht hat (BSG [SozR 3-2500 § 95 Nr. 9](#) S. 38 f und [BSGE 84, 290](#), 296 f = [SozR 3-2500 § 95 Nr. 21](#) S. 91; BSG [SozR 3-2500 § 135 Nr. 6](#) S. 35). Hierfür erkennt die Kammer im vorliegenden Fall jedoch keine Anhaltspunkte. Die Argumentation des Klägers, er hätte keine Chance gehabt, sein Sprechstundenverhalten dem geänderten Abrechnungsverhalten der Beklagten anzupassen, überzeugt das Gericht auch deshalb nicht, weil er spätestens seit Erlass des ersten Berichtigungsbescheides am 24.10.2006 für das Quartal II/06 wissen musste, dass die Abrechnung innerhalb von 14 Tagen nach stationärem Aufenthalt Probleme bereitet, er jedoch sein Abrechnungsverhalten gleichwohl die nächsten Jahre fortgesetzt hat.

Vielmehr ergibt sich aus dem Verhältnis der Vorschriften der [§§ 116](#) und [115a SGB V](#) zueinander ein grundsätzlicher Ausschluss dergestalt, dass eine Ermächtigung nach [§ 116 SGB V](#) nicht für Leistungen nach [§ 115a SGB V](#) erteilt werden kann. Zur Überzeugung der Kammer ist strikt zu differenzieren zwischen Leistungen des Krankenhauses und Leistungen des Vertragsarztes/ermächtigten Arztes. Einen Überschneidungsbereich/eine Schnittstelle gibt es bei diesen Vorschriften nicht. Der qualitative und quantitative Versorgungsbedarf, der einer Ermächtigung zugrunde liegt, ist gerade davon abhängig, ob eine durch Vertragsärzte nicht zu schließende Lücke vorrangig durch andere Formen der Beteiligung an der ambulanten Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung geschlossen werden kann. So besteht ein Bedarf für eine Ermächtigung hinsichtlich solcher Leistungen gerade nicht, die in einem Krankenhaus nach [§ 115a SGB V](#) erbracht werden (so für [§ 115b SGB V](#) Steege, in: Hauck, SGB V, § 116 Rn. 21). Kurz gefasst bedeutet dies, dass eine Ermächtigung nach [§ 116 SGB V](#) grundsätzlich nicht für den Bereich der Leistungen nach § 115a SGB erteilt werden kann. Rechtssystematisch handelt es sich bei der poststationären Behandlung um eine Krankenhausbehandlung eigener Art, die weder eindeutig der ambulanten noch der stationären Versorgung zugerechnet werden kann (Steege, in: Hauck, SGB V, § 115a Rn. 7). Die in der Definition vorgesehene zeitliche Beschränkung einer nachstationären Behandlung soll sicherstellen, dass die nichtstationäre Behandlung in der Hand der niedergelassenen Ärzte verbleibt und außerhalb des genannten Zeitraumes die ambulante vertragsärztliche Versorgung Vorrang hat (BT Drucks. 12/3608, S. 102). Im 14-tägigen Zeitrahmen des [§ 115a SGB V](#) ist damit für die Abrechnung einer originär vertragsärztlichen Behandlung durch einen ermächtigten Arzt kein Raum. Diese gesetzliche Wertung spiegelt auch § 8 KHEntgG wider, der die Ausnahmesituation erfasst, in der – aufgrund besonders hohen zeitlichen Aufwandes, nämlich bei Überschreitung der Grenzverweildauer – zusätzlich zu den Fallpauschalen Leistungen abgerechnet werden können. Dieser Ausnahmefall lag bei den streitgegenständlichen Nachsorgeleistungen jedoch gerade nicht vor.

Nach alledem konnte die Klage keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 VwGO](#) und folgt der Entscheidung in der Hauptsache.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-10