B 1 KR 11/20 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG für das Saarland (SAA)
Aktenzeichen
S 23 KR 491/15
Datum
07.12.2017
2. Instanz
LSG für das Saarland
Aktenzeichen
L 2 KR 2/18
Datum
23.07.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 11/20 R
Datum
18.05.2021
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die einer Aufnahme in die stationäre Behandlung vorausgehende Aufnahmeuntersuchung dient auch bei einer Notfallbehandlung der Klärung, ob eine (voll-)stationäre Behandlung des Versicherten erforderlich und vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst ist, ohne dass die hierzu vorgenommenen Untersuchungen bereits die Aufnahme in das Krankenhaus begründen.

2. Maßnahmen der Notfallbehandlung, wie sie in einem Schockraum typischerweise vorgenommen werden, sind der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen und aus der Gesamtvergütung zu vergüten, wenn sich daran keine stationäre Behandlung im erstangegangenen Krankenhaus anschließt.

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts für das Saarland vom 23. Juli 2019 aufgehoben und die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 7. Dezember 2017 zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungs- und des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1127,55 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin ist Trägerin eines zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassenen Krankenhauses (nachfolgend: Krankenhaus). Dort wurde eine bei der beklagten Krankenkasse (KK) Versicherte am 15.2.2015 um 5.40 Uhr mit einem Rettungswagen eingeliefert. Sie litt an einer Vigilanzminderung, machte unkontrollierte Bewegungen und erbrach sich. Das Krankenhaus veranlasste um 5.51 Uhr eine labortechnische Untersuchung und eine Computertomographie des Schädels. Letztere ergab eine Einblutung in das Gehirn. Die Versicherte wurde zunächst zur Überwachung und künstlichen Beatmung (Intubation) in den Schockraum des Krankenhauses verbracht und anschließend gegen 6.50 Uhr in die neurochirurgische Klinik des K S. Dort wurde sie noch am selben Tag operiert. Das Krankenhaus rechnete seine am 15.2.2015 erbrachten Leistungen als stationäre Behandlung ab (1127,55 Euro, Fallpauschale DRG B70I <Apoplexie, ein Belegungstag>). Die KK zahlte nicht. Die Versicherte sei im Schockraum nicht stationär behandelt worden. Das Krankenhaus habe keine Entscheidung getroffen, die Versicherte stationär aufzunehmen. Später zahlte die KK irrtümlich den Rechnungsbetrag und verrechnete ihn

dann mit unstreitigen Vergütungsforderungen. Die dagegen gerichtete Klage ist erfolglos geblieben *(Gerichtsbescheid vom 7.12.2017)*. Auf die Berufung des Krankenhauses hat das LSG die KK zur Zahlung von 1127,55 Euro nebst Zinsen verurteilt. Die Versicherte sei vollstationär behandelt worden. Das Krankenhaus habe die Aufnahmeentscheidung durch die Behandlung im Schockraum konkludent getroffen. Bei einer Intervention in einem Schockraum handele es sich um eine intensivmedizinische Maßnahme, die ausschließlich als stationäre Behandlung qualifiziert werden könne *(Urteil vom 23.7.2019)*.

3

Die KK rügt mit ihrer Revision sinngemäß eine Verletzung des § 39 SGB V und des § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 Abs 1 Satz 1, Abs 2 und § 9 Abs 1 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Das klägerische Krankenhaus habe nur eine Aufnahmeuntersuchung durchgeführt. Weder die Intensität der Aufnahmeuntersuchung noch die vorübergehende Behandlung in einem Schockraum sei maßgeblich für die Frage, ob eine stationäre Aufnahme erfolgt sei. Ein Schockraum sei nicht mit einer Intensivstation vergleichbar.

4

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts für das Saarland vom 23. Juli 2019 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 7. Dezember 2017 zurückzuweisen.

5

Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der beklagten KK ist begründet *(§ 170 Abs 2 Satz 1 SGG)*.

8

Zu Unrecht hat das LSG den Gerichtsbescheid des SG aufgehoben und die KK zur Zahlung von 1127,55 Euro nebst Zinsen verurteilt. Die vom klagenden Krankenhaus erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig *(vgl zB BSG vom 16.12.2008 - B 1 KN 1/07 KR R - BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN, stRspr)*. Sie ist jedoch unbegründet. Die KK hat die eingeklagte unstreitige Forderung von 1127,55 Euro für andere Behandlungen durch Aufrechnung mit einem Erstattungsanspruch in derselben Höhe erfüllt *(vgl zur Zugrundelegung von Vergütungsansprüchen bei unstrittiger Berechnungsweise BSG vom 26.5.2020 - B 1 KR 26/18 R - juris RdNr 11 mwN, stRspr; vgl zur Aufrechnung BSG vom 25.10.2016 - B 1 KR 9/16 R - SozR 4-5562 § 11 Nr 2 und BSG vom 25.10.2016 - B 1 KR 7/16 R - SozR 4-7610 § 366 Nr 1)*. Denn das Krankenhaus hatte keinen Anspruch auf die hier letztlich streitige, von der KK gezahlte Vergütung (Fallpauschale DRG B70I, 1127,55 Euro) für die am 15.2.2015 erbrachten Leistungen. Es durfte seine zugunsten der Versicherten erbrachten Leistungen nicht als vollstationäre Behandlung abrechnen.

9

Dem Krankenhaus steht keine Fallpauschalenvergütung nach § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 17b KHG, § 7 Abs 1 Satz 1, Abs 2 und § 9 Abs 1 Satz 1 KHEntgG und der Fallpauschalenvereinbarung 2015 zu. Nach § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V entsteht die Zahlungsverpflichtung einer KK bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch Versicherte, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus *(§ 108 SGB V)* erfolgt, also abgesehen von Notfällen von dessen Versorgungsauftrag umfasst wird, und im Einzelfall iS von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist *(stRspr; vgl BSG vom 9.4.2019 - B 1 KR 2/18 R - juris RdNr 9 mwN)*. Das Krankenhaus führte hier nur eine Aufnahmeuntersuchung durch. Es behandelte die Versicherte nicht - wie abgerechnet - vollstationär, sondern ambulant als Notfall im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Die Notfallbehandlung wurde nicht allein deshalb zu einer stationären Behandlung, weil das Krankenhaus für die Aufnahmeuntersuchung eine

aufwändige Diagnostik betrieb und die Notfallbehandlung auch im Schockraum des Krankenhauses durchgeführt wurde *(dazu 1.)*. Ein den Erstattungsanspruch ausschließender oder mindernder Vergütungsanspruch des Krankenhauses ergibt sich auch nicht aus anderen Anspruchsgrundlagen *(dazu 2.)*.

10

1. Das Krankenhaus hatte keinen Anspruch auf Vergütung einer vollstationären Behandlung. Für eine vollstationäre Behandlung der Versicherten bedurfte es ihrer Aufnahme in das Krankenhaus. Hieran fehlte es. Das Krankenhaus behandelte die Versicherte am 15.2.2015 nur ambulant.

11

a) Der Beginn der vollstationären Behandlung Versicherter setzt deren vorherige Aufnahme in das Krankenhaus voraus. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut des § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V sowie den Gesetzesmaterialien zu § 39 SGB V *(vgl BT-Drucks 12/3608 S 82)* und entspricht der ständigen Rechtsprechung des BSG. Als Aufnahme wird die organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses verstanden *(stRspr; vgl BSG vom 9.10.2001 - B 1 KR 15/00 R - SozR 3-2200 § 197 Nr 2 S 4 f = juris RdNr 17; zur Notwendigkeit der Konkretisierung dieses Aufnahmebegriffs vgl BSG vom 4.3.2004 - B 3 KR 4/03 R - BSGE 92, 223 RdNr 19 = SozR 4-2500 § 39 Nr 1 RdNr 18; BSG vom 19.9.2013 - B 3 KR 34/12 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 20 RdNr 12)*. 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 *(vgl BSG vom 4.3.2004 - B 3 KR 4/03 R - BSGE 92, 223 RdNr 21 = SozR 4-2500 § 39 Nr 1 RdNr 20; BSG vom 19.9.2013 - B 3 KR 34/12 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 20 RdNr 13)*. Maßgeblich ist hierbei nicht die tatsächliche Behandlungsdauer im Krankenhaus, sondern die zur Zeit der Aufnahmeentscheidung auf Grundlage des hierbei getroffenen Behandlungsplans prognostizierte. Denn eine einmal auf Grundlage der Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes erfolgte physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Krankenhausversorgungssystem kann grundsätzlich nicht rückwirkend entfallen, etwa indem ein Versicherter gegen ärztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag wieder verlässt *(vgl zur abgebrochenen stationären Behandlung BSG vom 19.9.2013 - B 3 KR 34/12 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 20 RdNr 13)*. Gleiches gilt für den Fall, dass die Prognose zur stationären Behandlungsbedürftigkeit aufgrund der bei der Aufnahme erkennbaren Umstände objektiv zutreffend war *(vgl BSG Großer Senat vom 25.9.2007 - GS 1/06 - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, Leitsatz 2 und RdNr 27 ff)*, sich jedoch aufgrund erst später erkennbarer Umstände rückblickend als unzutreffend erweist *(vgl BSG vom 17.3.2005 - B 3 KR 11/04 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 5 RdNr 10 f)*.

12

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 Ähnliches dokumentiert *(vgl BSG vom 19.9.2013 - B 3 KR 34/12 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 20 RdNr 12 f; BSG vom 11.9.2019 - B 6 KA 6/18 R - SozR 4-2500 § 76 Nr 5 RdNr 22)*.

13

b) Eine Aufnahmeentscheidung ist auch bei Einlieferung eines Patienten in das Krankenhaus durch den Rettungsdienst erforderlich. Die Aufnahmeentscheidung muss dabei weder ausdrücklich erklärt noch förmlich festgehalten werden. Sie kann sich 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 *(vgl zu letzterem BSG vom 28.2.2007 - B 3 KR 17/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 8)*. 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. Erfolgt eine Aufnahme, wird die Aufnahmeuntersuchung Teil der stationären Behandlung und ist durch die Fallpauschale mitvergütet *(vgl BSG vom 11.9.2019 - B 6 KA 6/18 R - SozR 4-2500 § 76 Nr 5 RdNr 25)*.

14

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 *(vgl BSG vom 11.9.2019 - B 6 KA 6/18 R - SozR 4-2500 § 76 Nr 5 RdNr 25)*. Zu einer Weiterverweisung kann es daher auch in den Fällen kommen, in denen Versicherte als Notfall mit einem Rettungswagen durch einen Notarzt in ein Krankenhaus eingeliefert werden, das aufgrund der Aufnahmeuntersuchung zu dem Ergebnis gelangt, dass es über keinen Versorgungsauftrag für die medizinisch erforderliche stationäre Behandlung verfügt. Das Krankenhaus ist insoweit Teil einer Rettungskette, wie sich dies hier für das Saarland aus § 5 Abs 3 des Saarländischen Krankenhausgesetzes ergibt. Das Krankenhaus muss den Patienten umgehend einem anderen geeigneten Krankenhaus zur stationären Behandlung zuweisen, wenn sein eigener Versorgungsauftrag die erforderliche Behandlung des Patienten nicht umfasst oder es trotz Versorgungsauftrags tatsächlich nicht dazu in der Lage und ein geeignetes Krankenhaus in zumutbarer Zeit erreichbar ist. In einem Notfall darf ein Krankenhaus außerhalb seines Versorgungsauftrags stationär nur dann behandeln, wenn eine

Weiterverweisung des Patienten in ein Krankenhaus, das über den erforderlichen Versorgungsauftrag verfügt, medizinisch kontraindiziert ist oder aus anderen Gründen ein solcher Transfer in zumutbarer Zeit nicht möglich ist.

15

c) 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.

16

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.

17

Ergibt die Aufnahmeuntersuchung, dass eine Weiterverweisung an ein anderes Krankenhaus medizinisch erforderlich ist, schließt dies eine vergütungswirksame stationäre Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich aus *(vgl auch BSG vom 19.9.2013 - B 3 KR 34/12 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 20 RdNr 13)*. Etwas anderes kommt ausnahmsweise nur dann in Betracht, wenn sich das erstangegangene Krankenhaus entschlossen hat, den Patienten an ein anderes Krankenhaus weiterzuverweisen, es zB jedoch zuvor noch Prozeduren anwendet, die der Notfallbehandlung ihr Gepräge geben (etwa eine Notoperation zur Herbeiführung der Transportfähigkeit), jedoch nicht einmal in ihrem Kern im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) abgebildet sind *(vgl zu einer rund zehnstündigen Aufnahme einer Versicherten auf eine Intensivstation BSG vom 28.2.2007 - B 3 KR 17/06 R - SozR 4-2500 § 39 Nr 8 RdNr 18 f)*. Anderenfalls sind Maßnahmen der ambulanten Notfallbehandlung, wie sie in einem Schockraum typischerweise vorgenommen werden, wenn sich daran keine stationäre Behandlung im erstangegangenen Krankenhaus anschließt, der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen. Die im Rahmen einer solchen Behandlung erbrachten Leistungen sind aus der Gesamtvergütung zu vergüten *(umfassend zur Vergütung der Notfallbehandlung gerade in den Fällen der Weiterverweisung an ein anderes Krankenhaus BSG vom 11.9.2019 - B 6 KA 6/18 R - SozR 4-2500 § 76 Nr 5; zur finanziellen Unterstützung von Krankenhäusern mit einem hohen Umfang an vorgehaltenen Notfallstrukturen vgl die hier noch nicht anwendbaren, ab 1.1.2016 geltenden Regelungen der § 9 Abs 1a Nr 5 KHEntgG und § 136c Abs 4 SGB V)*.

18

Abgesehen von den oben beispielhaft genannten besonderen Fallgestaltungen stellen Notfallbehandlungsmaßnahmen keine stationäre 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 Transportfähigkeit für einen Transport in zumutbarer Zeit aufrechtzuerhalten. Es handelt sich dann nur um eine fortgesetzte ambulante Notfallbehandlung.

19

d) Nach den vorstehenden Grundsätzen wurde die Versicherte im klägerischen Krankenhaus nicht stationär behandelt. Eine Weiterverweisung an ein anderes Krankenhaus - das - liegt hier vor, ohne dass es zur Aufnahme in das zunächst vom Rettungsdienst angefahrene klägerische Krankenhaus gekommen ist.

20

Entgegen der Auffassung des LSG tragen dessen den Senat bindenden Feststellungen *(§ 163 SGG)* nicht die Annahme einer aus den objektiven Umständen der Behandlung abzuleitenden konkludenten Aufnahmeentscheidung.

21

Die unmittelbar nach Einlieferung der Versicherten durchgeführte labortechnische Untersuchung sowie die Computertomographie des Schädels sind nicht Folge einer Aufnahmeentscheidung, sondern dienten angesichts des zeitlichen Ablaufs dazu, im Rahmen einer Aufnahmeuntersuchung schnell das weitere therapeutische Vorgehen abzuklären. Auch Intubation und künstliche Beatmung der Versicherten im Schockraum des klägerischen Krankenhauses begründeten selbst dann keine vollstationäre Behandlung, wenn sie nicht bereits die Aufnahmeuntersuchung absicherten, sondern erst erfolgten, als der Entschluss gefasst war, die Versicherte zur stationären neurochirurgischen Behandlung an das weiterzuverweisen. Betrachtet man diese Behandlungsmaßnahmen, kann nicht von einer Inanspruchnahme spezifischer Krankenhausleistungen ausgegangen werden. Vielmehr ergibt sich bereits aus den EBM-Ä-Ziffern 01220 und 01221, dass künstliche Beatmung und endotracheale Intubation auch im Rahmen einer ambulanten Notfallbehandlung erbracht und nach dem für das Vertragsarztrecht geltenden Vergütungssystem abgerechnet werden können.

22

Eine über Intubation und Beatmung hinausgehende organisatorische Eingliederung der Versicherten in die Infrastruktur des klägerischen 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 der 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. Ausweislich des einschlägigen Krankenhausplans umfasste der Versorgungsauftrag des Krankenhauses im Februar 2015 zwar auch die intensivmedizinische Versorgung *(ABl des Saarlandes Teil II vom 2.5.2013 S 480)*. Nach dem Gesamtzusammenhang der den Senat bindenden Feststellungen des LSG *(§ 163 SGG)* wollte das Krankenhaus jedoch nur die kurze Zeit von maximal rund 70 Minuten bis zur Weiterverweisung der Versicherten an ein Krankenhaus einer höheren Versorgungsstufe absichern. Auch ist eine - kurzzeitige - Aufnahme der Versicherten auf die Intensivstation des Krankenhauses nicht erfolgt. Eine solche hätte im Übrigen gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot *(§ 12 Abs 1 SGB V)* verstoßen.

23

2. Die Aufnahmeuntersuchung erfüllt keinen sonstigen Vergütungstatbestand, auf den das Krankenhaus einen Anspruch gegen die KK stützen kann.

24

Ein Krankenhaus hat keinen Anspruch auf eine gesonderte Vergütung der Aufnahmeuntersuchung, wenn die Aufnahmeuntersuchung - wie hier geschehen - Hand in Hand mit der aus der Gesamtvergütung zu finanzierenden ambulanten Notfallbehandlung einhergeht und in tatsächlicher Hinsicht von dieser nicht unterschieden werden kann.

25

Ein Vergütungsanspruch wegen vorstationärer Behandlung scheidet hier auch aus anderen Gründen aus. Die von § 115a SGB V geforderte "Verordnung von Krankenhausbehandlung" setzt eine begründete Verordnung eines Vertragsarztes oder eines sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden voraus *(vgl BSG vom 17.9.2013 - B 1 KR 67/12 R - juris RdNr 11)*. Eine Einweisung durch den Rettungsdienst ist hiermit nicht vergleichbar. Sie kann nicht an die Stelle der vertragsärztlichen Verordnung treten, da der Rettungsdienst gemäß § 75 Abs 1b Satz 1 SGB V nicht Teil der vertragsärztlichen Versorgung, sondern organisatorisch von dieser getrennt ist *(Harney in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 1 NotfStrKHRgl RdNr 15, Stand 23.8.2019)*. Es handelt sich um eine staatliche Aufgabe, die im Saarland den Landkreisen und dem Regionalverband Saarbrücken übertragen ist *(vgl § 5 Abs 1 Saarländisches Rettungsdienstgesetz - SRettG)*. Zudem liegen den Entscheidungen des Rettungsdienstes andere Überlegungen zugrunde als jene, die für eine ärztliche Verordnung einer vorstationären Behandlung bestimmend sind. Dies ergibt sich hier aus § 2 Abs 2 SRettG. Danach ist Gegenstand der Notfallrettung, Notfallpatienten am Notfallort medizinisch zu versorgen, die Transportfähigkeit herzustellen und sie unter medizinisch-fachlicher Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung zu befördern. Hingegen beruht die vertragsärztliche Verordnung einer vorstationären Behandlung auf der Überlegung, dass eine Krankenhausbehandlung ohne Unterkunft und Verpflegung medizinisch geeignet ist, speziell die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten *(vgl BSG vom 17.9.2013 - B 1 KR 67/12 R - juris RdNr 14; vgl insgesamt zum Verhältnis von vorstationärer Behandlung und Rettungsdienst auch SG Lüneburg vom 28.1.2021 - S 9 KR 76/18 - juris RdNr 26)*.

26

Ein weitergehender Vergütungsanspruch ist auch nicht in dem "Vertrag gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" zwischen der Saarländischen Krankenhausgesellschaft eV und den Verbänden der KKn im Saarland geregelt.

27

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-20