L 7 KA 70/19 WA

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7.
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 99/13
Datum
22.02.2017
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 70/19 WA
Datum
22.02.2023
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
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.

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

Der Honorarbescheid der Beklagten vom 26. Juli 2012 (Quartal III/10) in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. September 2013, dieser in der Fassung der Änderungsbescheide vom 30. März 2016 und vom 14. Juli 2016, wird geändert. Die Beklagte wird verurteilt, über den Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal III/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Die Beklagte trägt die Kosten des gesamten Verfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese selbst trägt.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Abrechnung von Leistungen, die im Quartal III/2010 in der Notfallambulanz des Krankenhauses der Klägerin erbracht worden sind.

Die Klägerin ist Trägerin der R Kliniken Neuruppin, an die im streitgegenständlichen Zeitraum eine Notfallambulanz angegliedert war. Die Beklagte setzte das Honorar der Klägerin für das Quartal III/2010 mit Bescheid vom 26. Juli 2012 in Höhe von 77.493,60 Euro fest. Zugleich nahm sie in zehn Behandlungs- bzw. Abrechnungsfällen sachlich-rechnerische Richtigstellungen vor, in der Annahme, dass die ambulante Behandlung jeweils in zu engem Zusammenhang mit einer stationären Aufnahme der Patienten gestanden habe; hiervon sind noch zwei Behandlungsfälle streitig:

Die Patientin R W wurde am 15. September 2010 um 19:09 Uhr aufgrund von neurologischen Auffälligkeiten (verschwommenes Sehen, Sehstörungen, Parese der linken Körperhälfte) mit dem Rettungswagen in die Notfallambulanz der R Kliniken N gebracht. Bereits im Rettungswagen trat eine Schwäche im Bereich der rechten Körperseite hinzu. Sie wurde ab 19:15 Uhr in der Neurologischen Fachabteilung neurologisch und allgemein-internistisch untersucht. Es wurden Laboruntersuchungen und ein CT der Schädelbasis durchgeführt. Zudem wurde die Patientin intubiert und beatmet und anschließend noch am selben Abend aufgrund des Verdachts auf eine Subarachnoidalblutung in Ermangelung einer krankeneigenen neurochirurgischen Fachabteilung mit dem Hubschrauber in die Notfallambulanz des H Klinikums B-B verbracht. Die Klägerin rechnete die Notfallbehandlung als ambulante Leistung bei der Beklagten ab.

Der Patient M K wurde im Krankenhaus der Klägerin vom 5. bis zum 12. Juli 2010 stationär wegen einer Mandelentfernung behandelt. Er wurde am 12. Juli 2010 um 7:48 Uhr nach unauffälligem postoperativem Verlauf mit regelrechten Belägen in der Mundhöhle 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 zuständige Krankenhausarzt empfahl die stationäre Beobachtung für zwei Tage, der Patient verließ aber das Krankenhaus entgegen dem ärztlichen 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 zurück in die Notfallambulanz, wurde stationär aufgenommen und am 14. Juli 2010 um 8:09 Uhr entlassen. Die Klägerin rechnete die Notfallbehandlung am Abend des 12. Juli 2010 als ambulante Leistung bei der Beklagten ab.

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

Die Klägerin hat gegen den Honorarbescheid am 9. Oktober 2013 Klage erhoben. Im Klageverfahren hat die Beklagte sieben Behandlungsfälle in Höhe von insgesamt 197,65 Euro nachvergütet (Teilabhilfebescheid vom 30. März 2016), hat aber die Behandlungsfälle der Patientin W und des Patienten K weiterhin unvergütet gelassen.

Mit Bescheid vom 14. Juli 2016 hat die Beklagte aufgrund einer allgemeinen rückwirkenden Neubewertung der Leistungen der ambulanten Notfallversorgung unter anderem für das streitgegenständliche Quartal Leistungen in Höhe von 2.089,76 Euro nachvergütet.

Nachdem die Beteiligten den Rechtsstreit bezüglich der nachvergüteten Behandlungsfälle beiderseitig für erledigt erklärt 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 Begründung hat das Sozialgericht im Wesentlichen ausgeführt: Ein ambulanter Vergütungsanspruch der Notfallambulanzen sei auf den Notfall begrenzt. Die Behandlungen des Arztes hätten sich auf die Erstversorgung zu beschränken; sie seien darauf zu konzentrieren, Gefahren für Leib und Leben sowie unzumutbaren Schmerzen der Patienten zu begegnen sowie die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären. Werde der Patient nach der Erstversorgung in unmittelbarem zeitlichen und medizinischen Zusammenhang stationär aufgenommen, liege ein einheitlicher stationärer Behandlungsfall vor, und zwar unabhängig davon, in welchem Krankenhaus die stationäre Aufnahme erfolge. Hinsichtlich der Patientin W habe die Klägerin keinen Vergütungsanspruch gegenüber der Beklagten. Es sei aufgrund der Subarachnoidalblutung eine stationäre 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 über das Maß einer Notfallversorgung hinausginge. Auch ohne formale Aufnahme und trotz der Verlegung handele es sich damit um eine stationäre Aufnahmeuntersuchung.

Auch beim Patienten K sei von einem einheitlichen stationären Behandlungsfall auszugehen. Denn die streitige Notfallbehandlung stehe in engem zeitlichen und medizinischen Zusammenhang mit seiner zuvor erfolgten stationären Behandlung. Ein Behandlungsfall stelle die gesamte Behandlung derselben Erkrankung von der stationären Aufnahme bis zur Entlassung dar. Ein neuer medizinischer Behandlungsfall könne erst zur Abrechnung gegenüber der Krankenkasse gelangen, wenn der vorhergehende medizinische Behandlungsfall als abgeschlossen anzusehen sei. Abzustellen sei dazu auf den im Entscheidungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand. Der Patient habe sich zeitnah, nämlich am Abend seiner Entlassung, und im medizinischen Zusammenhang zur stationären Behandlung (Nachblutung nach Tonsillektomie) in die Notfallambulanz begeben. Der behandelnde Arzt habe eine stationäre Aufnahme für notwendig

gehalten, dies sei von dem Patienten aber abgelehnt worden. Am Folgetag sei der Patient erneut wegen Nachblutungen erschienen und stationär aufgenommen worden. Dies sei im engen Zusammenhang mit der vorherigen stationären Behandlung bei der Klägerin erfolgt, so dass im Ergebnis von einem einheitlichen Behandlungsfall auszugehen sei.

Gegen das ihr am 15. März 2017 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 7. April 2017 Berufung eingelegt. Zu deren Begründung trägt sie vor: Bezüglich der Patientin W handele es sich nicht um einen einheitlichen Behandlungsfall, weil die stationäre Behandlung in einem anderen Krankenhaus stattgefunden habe und daher ein Leistungserbringerwechsel eingetreten sei. Es sei zudem keine stationäre Notfallbehandlung in der Notfallambulanz der Klägerin erfolgt, da die Patientin nicht in den Krankenhausbetrieb eingegliedert worden sei. Grundsätzlich sei zwischen der Aufnahmeuntersuchung und der ambulanten Notfallbehandlung zu unterscheiden. Auch eine ambulante Notfallbehandlung, die erste Therapiemaßnahmen und auch eine intensivmedizinische Versorgung enthalten könne, sei gegenüber 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 stationären Aufnahme am 13. Juli 2010 fehle. Der Patient sei nach seinem ersten Besuch in der Notaufnahme zunächst in den häuslichen Bereich entlassen und erst bei seinem zweiten Besuch stationär aufgenommen worden. Auf eine hypothetische Behandlungsbedürftigkeit sei nicht abzustellen. Wenn am 12. Juli 2010 keine stationäre Leistung erbracht worden sei, könne auch keine stationäre Leistung abgerechnet werden.

Die Klägerin 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 Änderungsbescheide vom 30. März 2016 und vom 14. Juli 2016, zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, über den Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal III/2010 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Bei den streitigen Behandlungsfällen handele es sich um Krankenhausbehandlungen gemäß [§ 39 SGB V](#), die eine Vergütung im Notfall gem. [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) ausschlossen. Es liege kein Notfall vor, wenn der Patient mit Mitteln des stationären Sektors versorgt werde. Wenn auf eine Notfallbehandlung in der Rettungsstelle eines Krankenhauses eine stationäre Aufnahme folge, liege stets eine einheitliche stationäre Behandlung vor, auch wenn der Patient in einem anderen Krankenhaus stationär aufgenommen werde. Bei der Patientin W habe von Anfang an eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit bestanden, was bereits durch die Einweisung durch einen Notarzt festgestanden habe. Zudem sei die Patientin bereits bei der Klägerin stationär behandelt worden. Denn durch die intensivmedizinische Behandlung – wie die Beatmung – komme es zu einer faktischen Aufnahme in das eigene Krankenhaus, da die Notfalldiagnosik des Grundleidens in den Hintergrund rücke. Auch durch die hausinterne Verlegung in die Neurologische Klinik sei eine Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin vollzogen worden. Damit habe die Patientin das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses in Anspruch genommen. Zuletzt liege außerdem ein Fall des fortgesetzten Rettungstransports vor, der von der ambulanten vertragsärztlichen Notfallbehandlung ausgeschlossen sei. Denn im Falle der Patientin sei von Anfang an klar gewesen sei, dass der Rettungstransport fortgesetzt werden müsse.

Bei dem Patienten K habe es sich um einen einheitlichen stationären Behandlungsfall im Fallpauschalensystem gehandelt, weil die erste stationäre Behandlung (Entlassung am Morgen des 12. Juli 2010) nach Sinn und Zweck des Fallpauschalensystems noch nicht zum Abschluss gekommen sei. Dies bestätige auch die Entscheidung der Rettungsstellenärzte, die den Patienten am Abend des 12. Juli bereits zur Beobachtung hätten aufnehmen wollen. Die gesamte Behandlung vom 5. bis zum 14. Juli 2010 sei gegenüber dem Kostenträger W O auf der Basis einer Fallzusammenführung der stationären Behandlung vergütet worden.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt.

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

Entscheidungsgründe

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

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

Die Berufung ist auch begründet. Der geltend gemachte Anspruch besteht.

Statthafte Klageart ist die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage in Form der (im Berufungsverfahren ausdrücklich nur geltend gemachten) Neubescheidungsklage gemäß § 54 Abs. 4 SGG, da die Klägerin sich gegen sog. quartalsgleiche Richtigstellungen wendet, nämlich 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).

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 Änderungsbescheide vom 30. März 2016 und vom 14. Juli 2016, in Bezug auf die beiden noch streitigen Behandlungsfälle rechtswidrig ist und die Klägerin in ihren Rechten verletzt. Die Klägerin hat einen Anspruch auf die Vergütung der in dem Honorarbescheid gestrichenen ambulanten Notfallbehandlungen der Patienten W (unten 2.) und des Patienten K (unten 3.).

1. Rechtsgrundlage der von der Beklagten vorgenommenen sachlich-rechnerischen Richtigstellung ist § 106a Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der ab dem 1. Juli 2008 geltenden Fassung. Danach stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts – mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots –, 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 Abrechnungsprüfung ist auch die Abrechnung von Notfallbehandlungen, die durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser erbracht werden, da infolge der Gleichstellung der in Notfällen tätigen Krankenhäuser mit Vertragsärzten die für die Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen des Vertragsarztrechts insoweit entsprechend gelten (BSG, Urteil vom 11. September 2019, B 6 KA 6/18, zitiert nach juris, dort Rn. 15).

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

§ 76 Abs. 1 S. 1 SGB V beschränkt die Arztwahl der Versicherten im Grundsatz auf zugelassene oder ermächtigte Ärzte bzw. Einrichtungen. Nur in Notfällen dürfen Versicherte nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V andere Ärzte in Anspruch nehmen. Das Recht der Versicherten zur freien Arztwahl nach § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V umfasst die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Krankenhäusern in Notfällen (vgl. BSG, Urteil vom 28. Juni 2017, B 6 KA 12/16 R, zitiert nach juris, Rn. 29). Für den Bereich der ambulanten ärztlichen Behandlung ist in ständiger Rechtsprechung geklärt, dass eine solche Notfallbehandlung von Versicherten durch Nichtvertragsärzte der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen ist und die im Rahmen einer solchen Behandlung erbrachten Leistungen aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind (BSG Urteil vom 11. September 2019, B 6 KA 6/18, zitiert nach juris, dort Rn. 17). Ein Notfall i.S.d. § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V liegt vor, wenn aus medizinischen Gründen 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).

Im Fall der Patientin W hat es sich um einen Notfall gehandelt. Die neurologischen Auffälligkeiten (verschommenes Sehen, Sehstörungen, Parese der linken Körperhälfte) sowie die zunehmende Symptomatik im Rettungswagen machten eine dringliche Abklärung erforderlich, was auch die Beklagte nicht in Zweifel zieht.

Die Notfallbehandlung der Patientin W fällt zur Überzeugung des Senats unter § 76 Abs. 1 S. 2 SGB V und ist als solche zu vergüten.

Notfallbehandlung ist allein auf die Erstversorgung ausgerichtet. Behandlungen sind darauf zu konzentrieren, Gefahren für Leib und Leben und unzumutbare Schmerzen der Patienten zu begegnen und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären (BSG, Urteil vom 11. September 2019, B 6 KA 6/18, zitiert nach juris, dort Rn. 19; Urteil vom 26. Juni 2019 - B 6 KA 68/17 R, zitiert nach juris, dort Rn. 23) Die Klägerin 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 Schädelbasis durchgeführt. Die Patientin wurde dabei intubiert und beatmet. Diese Untersuchungen dienten dazu, der Gefahr für Leib und Leben der Patientin aufgrund des Verdachts auf eine Subarachnoidalblutung zu begegnen und die Notwendigkeit der stationären Behandlung abzuklären.

Die Schwelle zur stationären Krankenhausbehandlung wurde im Zuge der Notfallbehandlung der Patientin W nicht erreicht bzw. überschritten.

Ein Anspruch auf Vergütung gegenüber der Beklagten hängt vorliegend davon ab, dass die abgerechneten Leistungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen sind. Ist das nicht der Fall, weil eine stationäre Leistung erbracht worden ist, scheidet ein Vergütungsanspruch gegen die Kassenärztliche Vereinigung aus (BSG, Urteil vom 8. September 2004, [B 6 KA 14/03 R](#), zitiert nach juris, dort Rn. 17), sofern - wie hier - nicht die Erbringung belegärztlicher Leistungen in Frage steht. Die Gesamtvergütung, die die KÄV in Anwendung eines Honorarverteilungsmaßstabs an die Ärzte, Psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren und ermächtigte Einrichtungen zu verteilen hat, dient nach [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) allein der vertragsärztlichen Versorgung und damit nicht der (ergänzenden) Finanzierung von stationären Krankenhausleistungen (BSG, Urteil vom 11. September 2019, [B 6 KA 6/18 R](#), zitiert nach juris, dort Rn. 22).

Die Leistungen, die in der von der Klägerin betriebenen Notfallambulanz erbracht worden sind, sind zweifellos als ambulante Notfallbehandlungen zu qualifizieren. Nach der Rechtsprechung des BSG ist für die Abgrenzung der stationären von der ambulanten Notfallbehandlung die Aufnahme in das Krankenhaus maßgeblich (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 „Aufnahme“ 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 außen regelmäßig z.B. durch die Einweisung auf eine bestimmte Station, Zuweisung eines Bettes oder das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen und ähnliches dokumentiert (BSG, Urteil vom 18. Mai 2021, [B 1 KR 11/20 R](#), zitiert nach juris, Rn. 11; Urteil 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 ausdrücklich erklärt 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, § 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 vollstationären 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).

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 stationären Behandlung in eine Spezialklinik verlegt. Die diagnostischen Maßnahmen dienten angesichts des engen zeitlichen Ablaufs dazu, im Rahmen einer Aufnahmeuntersuchung schnell das weitere therapeutische Vorgehen abzuklären. Darin ist keine Aufnahmeentscheidung zu sehen - weder ausdrücklich noch konkludent. Etwas anderes folgt auch nicht daraus, dass die Untersuchung der Patientin auf der Neurologischen Fachabteilung durchgeführt 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 übernommen, um festzustellen, ob eine Verlegung in eine Fachklinik notwendig ist. Dies stellte eine Notfallbehandlung in anderen Räumlichkeiten (als der Notfallaufnahme im engeren Sinne) dar, welche ebenfalls von der ambulanten Vergütung umfasst sein kann (vgl. hierzu SG Rostock, Urteil vom 24. Juni 2020, [S 17 KR 431/17](#), zitiert nach juris, dort Rn. 27).

Entgegen der Auffassung der Beklagten ist auch in der Tatsache, dass die Patientin während der diagnostischen Maßnahmen intubiert und beatmet wurde, keine konkludente Aufnahme in das Krankenhaus der Klägerin zu sehen, vielmehr liegen hierin - daran kann kein Zweifel bestehen - Maßnahmen der notfallmedizinischen Erstversorgung. Die ambulante Notfallbehandlung und die Aufnahmeuntersuchung lassen sich nicht trennscharf voneinander abgrenzen. Notfallbehandlungsmaßnahmen stellen aber nach dem Urteil des BSG in einem vergleichbaren Fall - Einlieferung mit Rettungswagen wegen neurologischen Auffälligkeiten, Labor, CT, Überwachung und künstliche Beatmung bis zur Verlegung - 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 aufrechtzuerhalten (BSG, Urteil vom 18. Mai 2021, [B 1 KR 11/20 R](#), zitiert nach juris, dort Rn. 14). Es handelt sich dann nur um eine fortgesetzte ambulante Notfallbehandlung. Die Patientin W wurde während der diagnostischen Abklärung intubiert und beatmet. Die Beatmung stellt sich nach der Überzeugung des Senats nicht als konkludente Aufnahmeentscheidung dar, sondern als Stabilisierung des Zustandes zur weiteren Diagnostik. Betrachtet man diese Behandlungsmaßnahmen, kann nicht von einer Inanspruchnahme spezifischer stationärer Krankenhausleistungen ausgegangen werden (so im Ergebnis auch das BSG in dem Fall, in dem die Beatmung sich an die diagnostischen Maßnahmen anschloss, Urteil vom 18. Mai 2021, [B 1 KR 11/20 R](#), zitiert nach juris, dort Rn. 21).

Eine Zuordnung der in der Notfallambulanz der Klägerin erbrachten Leistungen zur stationären Behandlung kommt auch nicht mit Blick auf

die sich anschließende Notfallbehandlung in B-B in Betracht. Zwar können nach der Rechtsprechung des BSG Leistungen, die zunächst ambulant ausgeführt worden sind, Teil einer sich unmittelbar daran anschließenden stationären Behandlung sein, mit der Folge, dass ein Anspruch auf Vergütung als vertragsärztliche Leistung ausgeschlossen ist (Urteil vom 11. September 2019, [B 6 KA 6/18 R](#), 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 stationäre Behandlung des Krankenhauses aufgenommen wird, das auch die Notfallambulanz betreibt, liegt ein einheitlicher stationärer Behandlungsfall vor (BSG, Urteil vom 11. September 2019, [a.a.O.](#), zitiert nach juris, dort Rn. 25). Die Aufnahmeunteruntersuchung wird dann durch die Fallpauschale mitvergütet. Ein vertragsärztlicher Vergütungsanspruch wird aber nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Versicherte anschließend 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.).

Dem Vergütungsanspruch für ambulante Leistungen steht auch nicht entgegen, dass die Patientin W mit dem Rettungswagen zur Notfallambulanz der Klägerin 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 Übernahme des Patienten durch die Notfallambulanz des Krankenhauses abgeschlossen (BSG, Urteil vom 11. September 2019, [B 6 KA 6/18 R](#), zitiert nach juris, dort Rn. 39). Zwar kann ein Vergütungsanspruch für 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 vernünftigen 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 Klägerin vorgenommenen Diagnostik stand fest, dass aufgrund der Hirnblutung eine neurochirurgische Behandlung vorgenommen werden muss, welche die Klägerin selbst in Ermangelung einer Fachabteilung nicht leisten konnte.

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

Die Behandlung des Patienten K in der Notfallambulanz der Klägerin am 12. Juli 2010 um 21:31 Uhr geschah anlässlich eines Notfalls i.S.d. [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#). Da die Operationswunde nach der Mandelentfernung nachblutete, war aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig. Zudem konnte ein Vertragsarzt nicht in der notwendigen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden.

Dem Vergütungsanspruch der Klägerin steht auch hier nicht entgegen, dass es sich bei den streitbefangenen Behandlungen etwa um Leistungen der stationären Versorgung handelte.

Die Leistungen, die in der von der Klägerin betriebenen Notfallambulanz erbracht wurden, sind in diesem Einzelfall als ambulante Notfallbehandlungen zu qualifizieren. Der Patient K wurde am 12. Juli 2010 morgens aus der stationären Behandlung anlässlich der Mandelentfernung förmlich entlassen und kehrte am selben Abend um 21:31 Uhr wegen einer Nachblutung zurück. Er wurde (zunächst) nicht in das Krankenhaus aufgenommen. Zwar hatte der behandelnde Arzt in der Notfallambulanz die stationäre Aufnahme für zwei Tage zur Überwachung empfohlen, allerdings verließ der Patient das Krankenhaus entgegen dem ärztlichen Rat. Erst nach einer erneuten Nachblutung kehrte der Patient am 13. Juli 2010 um 00:58 Uhr in die Notfallambulanz zurück und wurde stationär aufgenommen.

Der erste Besuch in der Notfallambulanz am 12. Juli 2010 um 21:31 Uhr ist nicht mehr der zuvor erfolgten stationären Krankenhausbehandlung zuzurechnen, da diese abgeschlossen war. Dies ist anzunehmen, wenn der Patient aus Sicht des verantwortlichen Krankenhausarztes mit dem im Entscheidungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand die aus medizinischer Sicht erforderliche Behandlung im vollen Umfang erhalten hat (Thüringer 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 Belägen in die ambulante Weiterbehandlung entlassen wurde. Aus Sicht des Krankenhausarztes war zu dem Zeitpunkt die erforderliche Behandlung damit abgeschlossen. Eine nachstationäre Behandlung gem. [§ 115a Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) war gerade nicht vorgesehen, weshalb die Notfallbehandlung auch nicht im Rahmen der stationären Vergütung mit abgegolten wurde.

Der Patient wurde aber bei seinem Besuch am selben Tag um 21:31 Uhr auch nicht wieder neu aufgenommen. Die Aufnahme stellt nach der Rechtsprechung des BSG, wie bereits ausgeführt, 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 – auch wenn diese nur an der Einwilligung des Patienten scheiterte – können keine stationären 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 könnten. Das Einverständnis des Versicherten zur stationären Aufnahme ist insofern für einen stationären Vergütungsanspruch erforderlich (zur Voraussetzung der Einwilligung für einen Vergütungsanspruch: BSG, Urteil vom 17. Dezember 2013, [B 1 KR 70/12 R](#), zitiert nach juris, dort Rn. 25). Das Einverständnis 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 stationären Aufnahme wieder verlassen hat.

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 stationären Leistungen dar. Denn die ambulanten Leistungen werden nur dann Teil einer sich anschließenden stationären Behandlung, wenn diese unmittelbar daran anschließt, mit der Folge, dass ein Anspruch auf Vergütung als vertragsärztliche Leistung ausgeschlossen ist. Als Teil der nachfolgenden stationären Behandlung hat das BSG die ambulante Behandlung angesehen, wenn der Versicherte an demselben Tag wegen derselben Erkrankung in die stationäre 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 stationäre Aufnahme erst am Folgetag stattfand, auch wenn dies nur rund drei Stunden später war.

Da der Senat im streitigen Fall der ersten Rückkehr am Abend keine stationäre Aufnahme sieht, kann dahinstehen, ob eine Fallzusammenführung nach § 8 Abs. 5 KHEntgG hätte vorgenommen werden müssen. Denn diese setzt voraus, dass zwei stationäre Aufenthalte vorlagen, die zusammenzuführen waren. Der Senat geht zudem davon aus, dass der ambulante Aufenthalt vom 12. Juli 2010 nicht vom stationären Kostenträger vergütet wurde. In dem Schreiben der Wehrbereichsverwaltung Ost vom 14. März 2011 wird unter der Rubrik „Behandlungsdatum ambulant“ der 12. Juli 2010 genannt, daher dürfte es sich bei „Wiederaufnahme am 12.07.10“ um einen Schreibfehler handeln und eigentlich der 13. Juli 2010 (Datum der stationären Wiederaufnahme) gemeint sein.

4. Nach alledem wird die Beklagte im Zuge der Neubescheidung eine Nachvergütung für die Notfallbehandlungen der Patientin W und des Patienten K zu veranlassen haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2 VwGO](#). Eine Erstattung der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, da sie keine Anträge gestellt haben ([§ 162 Abs. 3 VwGO](#)).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht, [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-04-14