

S 18 KR 180/02

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
SG Dresden (FSS)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
18
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 18 KR 180/02
Datum
24.02.2005
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Regelung in einer Krankenhaus-Pflegesatzvereinbarung, wonach die Krankenkasse zur Bezahlung von Krankenhausrechnungen innerhalb von 14 Tagen verpflichtet ist, bestimmt nur die Fälligkeit des Vergütungsanspruchs des Krankenhausträgers. Die Überschreitung der vereinbarten Zahlungsfrist, ohne dass die Krankenkasse bis zu diesem Zeitpunkt konkrete Einwendungen gegen die Richtigkeit der übersandten Abrechnung erhoben oder Maßnahmen zu deren Prüfung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingeleitet hat, führt nicht dazu, dass die Krankenkasse mit dem Einwand ausgeschlossen wäre, eine Krankenhausbehandlung habe nicht vorgelegen oder sei nicht im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich gewesen.
2. Zur Abgrenzung zwischen ambulanter, - vor- und vollstationärer Krankenhausbehandlung bei der Abrechnung von Krankenhausleistungen, wenn ein Patient kurze Zeit nach Einlieferung durch den Notarzt in der Notaufnahme eines Krankenhauses verstirbt.
 - I. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 908,54 EUR zzgl. Zinsen hieraus i.H.v. 2 % über dem Basiszinssatz, mindestens aber 4 %, p.a., seit dem 20.12.2001 zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
 - II. Die Beklagte hat der Klägerin die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Verfahrens zu erstatten. Im Übrigen sind außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von im Krankenhaus erbrachten Leistungen. Die Klägerin betreibt ein rechtlich und wirtschaftlich selbständiges Fachkrankenhaus mit speziellem Versorgungsauftrag für die kardiologische und kardiochirurgische Maximalversorgung, das in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommen ist. Auf Grund eines Kooperations- und Nutzungsvertrags mit dem Freistaat Sachsen und der Universität L ist ihr darüber hinaus der Status einer Universitätsklinik als Teil der Medizinischen Fakultät der Universität L verliehen. Am 22.09.1999 um 08:55 Uhr wurde der Rettungsdienst zu der bei der Beklagten krankenversicherten Patientin R (geb. 1945) gerufen, die über akute Luftnot klagte. Nach dem Eintreffen des Rettungsdienstes erlitt sie einen Krampfanfall mit Eintritt einer Apnoe, der Notarzt leitete Reanimationsmaßnahmen ein. Um 09:50 Uhr wurde die Patientin mit der Aufnahmediagnose eines das kardiovaskuläre System betreffenden Schocks ohne Angabe eines Traumas (ICD-9 Nr. 785.5) in die Notfallaufnahme der Klägerin eingeliefert. Dort wurden die zunächst fortgesetzten Reanimationsmaßnahmen um 10:19 Uhr abgebrochen und um 10:23 Uhr das Ende der Behandlung wegen des Todes der Patienten mit der Diagnose eines Akuten Myokardinfarkts (ICD-9 Nr. 410) vermerkt. Mit am 29.09.1999 bei der Beklagten eingegangener Rechnung vom 27.09.1999 beanspruchte die Klägerin von der Beklagten für die im Krankenhaus erbrachten Leistungen einen Betrag von insgesamt 1.776,95 DM (908,54 EUR), der sich wie folgt zusammensetzt: Leistung Aufenthalt Anzahl Tarif Gesamt Basis allgemein 22.09.99-22.09.99 1 43,13 DM 43,13 DM Abt.-Pflegesatz Intensiv 22.09.99-22.09.99 1 1.722,82 DM 1.722,82 DM Investitionszuschlag 22.09.99-22.09.99 1 11,00 DM 11,00 DM Rechnungsendbetrag 1.776,95 DM

Unter dem 24.10.2000 forderte die Beklagte die Patientenunterlagen zur Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung an. Dieser kam in einem Gutachten nach Aktenlage vom 20.11.2000 zu dem Schluss, die durchgeführten Maßnahmen hätten den in EBM-Pos. 332 aufgeführten Notfallmaßnahmen entsprochen. Die Patientin sei bereits intubiert und beatmet nach 45 Minuten Reanimation daheim und im Rettungswagen aufgenommen worden. Maßnahmen, die über eine Notfallbehandlung hinausgehen und ausschließlich im Rahmen vollstationärer Behandlung erbracht werden könnten, seien nicht erbracht worden, ausgenommen eine Echokardiografie, die für sich allein jedoch keine stationäre Behandlung erforderlich mache. Gestützt auf dieses Gutachten lehnte die Beklagte mit Schreiben vom 18.12.2000 jegliche Zahlung ab und verwies die Klägerin auf eine Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung nach dem EBM-Katalog unter Inanspruchnahme der kassenärztlichen Abrechnungsgenehmigung ihrer Ärzte. Am 20.12.2001 erhob die Klägerin daraufhin Klage zum Sozialgericht L, das den Rechtsstreit mit Beschluss vom 19.02.2002 an das Sozialgericht Dresden verwiesen hat. Die Klägerin ist der Auffassung, stationäre Behandlungsleistungen erbracht zu haben, wobei der Aufnahmetag als voller

Behandlungstag abzurechnen sei. Mit dem Hineinrollen in die Notaufnahme sei die Patientin in das Krankenhaus aufgenommen worden. Im Moment der Einlieferung beginne der gesamte diagnostische und kurative Apparat des Krankenhauses anzurollen. Das heißt, in dem Moment seien Personal und Technik bereits gebunden. Das gehe über den Aufwand, der nach EBM abgerechnet wird, hinaus. Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, ihr 1.776,95 DM zu bezahlen, nebst 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz für die Zeit ab Eintritt der Rechtshängigkeit. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie hält eine Abrechnung als stationäre Krankenhausbehandlung für nicht gerechtfertigt. Von einer Krankenhausbehandlung, schon von einer Krankenhausaufnahme, könne erst gesprochen werden, wenn die im Krankenhaus ergriffenen Maßnahmen über die bloße Feststellung, ob eine Krankenhausbehandlung überhaupt in Betracht kommt, hinausgehen. Darüber hinaus müsse als Abgrenzungskriterium zwischen ambulanter und stationärer Behandlung der Leistungsumfang der EBM-Pos. 332 überschritten sein. Eine Krankenhausbehandlung werde in Fällen der vorliegenden Art erst nach Stabilisierung des Zustandes eingeleitet. Bis zur Stabilisierung des Zustandes, der Voraussetzung für eine Krankenhausbehandlung sei, entsprächen die erbrachten Leistungen den Aufgaben des Rettungsdienstes und gingen darüber nicht hinaus. Wegen der Einzelheiten wird auf den Inhalt der gerichtlichen Verfahrensakte mit der Niederschrift über die mündliche Verhandlung, die beigezogenen Patientenunterlagen sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist im Wesentlichen begründet. Die Klägerin hat Anspruch auf Vergütung der Behandlung der Patientin R als Leistung der vollstationären Krankenhausbehandlung in der geltend gemachten Höhe von 908,54 EUR (1.776,95 DM) auf Grundlage von § 39 Abs. 1 Satz 2 und 3, § 108 Nr. 1 und 2, § 109 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 4 Satz 3 des Sozialgesetzbuchs (SGB) Fünftes Buch (V) ? Gesetzliche Krankenversicherung ? in Verbindung mit §§ 1, 2, 10, 13 und 14 der auf Grundlage der §§ 16, 17 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) erlassenen Bundespflegesatzverordnung (BpflV) und der zwischen den Beteiligten getroffenen Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 1999. 1. Der Anspruch ist nicht schon deshalb begründet, weil die Klägerin bereits am 29.09.1999 die von ihren Ärzten erbrachten Leistungen gegenüber der Beklagten als Krankenhausbehandlung abgerechnet, die Beklagte jedoch innerhalb einer anschließenden Frist von 14 Tagen weder konkrete Einwendungen gegen die Richtigkeit der übersandten Abrechnung erhoben noch Maßnahmen zu deren Prüfung eingeleitet hatte. Gemäß Abschnitt VII Satz 1 der zwischen den Beteiligten getroffenen Pflegesatzvereinbarung ist die Beklagte zur Bezahlung von Krankenhausrechnungen innerhalb von 14 Tagen verpflichtet. Die Erfüllung dieser Voraussetzungen allein vermag eine Verurteilung der Beklagten zur Zahlung in-dessen nicht zu tragen. Die vereinbarte Zahlungsfrist bestimmt nur die Fälligkeit des Vergütungsanspruchs des Krankenhausträgers. Ihre Überschreitung führt nicht dazu, dass die Krankenkasse mit dem Einwand ausgeschlossen wäre, eine Krankenhausbehandlung habe nicht vorgelegen oder sei nicht im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich gewesen. Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 22.07.2004, Az. [B 3 KR 20/03 R](#), klargestellt, dass die Krankenkassen nicht allein wegen der Versäumung der Zahlungsfrist zur Zahlung zu verurteilen sind, wenn sie im Verlaufe des Verfahrens ihre Einwände gegen die Zahlungsforderung des Krankenhauses spezifizieren. Vielmehr hätten die Gerichte in diesem Fall in die Sachprüfung einzutreten. Die Verletzung der Zahlungspflicht innerhalb von 14 Tagen sei allerdings bezüglich des Zinsanspruchs von Bedeutung. Aus [§ 276 Abs. 4 SGB V](#) resultieren das Recht und die Pflicht der Krankenkasse, in Einzelfällen die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung durch einen Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung überprüfen zu lassen und zu diesem Zweck den Ärzten des Medizinischen Dienstes die erforderliche Unterstützung, z. B. durch Einsicht in die Krankenakten, zu gewähren. Der Gesetzgeber hat damit zugleich zu erkennen gegeben, dass ein Anspruch des Krankenhauses auf Vergütung einer Leistung nicht besteht, wenn diese sich als nicht notwendig erweist. Weder das Gesetz noch Abschnitt VII Satz 1 der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten beinhalten eine rechtliche Grundlage für den Ausschluss materieller Einwendungen oder den Verlust des Rückrechts der Beklagten in Abhängigkeit davon, wann und in welcher Form jene die Richtigkeit der Krankenhausabrechnung überprüft bzw. durch den Medizinischen Dienst überprüfen lässt und Einwendungen hiergegen vorträgt. Auch der gelegentlich ins Spiel gebrachte Begriff des Anscheinsbeweises ist in diesem Zusammenhang fehl am Platz und rechtfertigt es nicht, die in [§ 276 Abs. 4 SGB V](#) gesetzlich verankerten objektiven Prüfungsrechte und -pflichten des Krankenkassensträgers zu übergehen. Der im sozialgerichtlichen Verfahren geltende Amtsermittlungsgrundsatz lässt auch keine Verurteilung der Beklagten unter dem Vorbehalt ihrer Rechte analog [§ 599 Abs. 1](#) der Zivilprozessordnung (ZPO) zu, um so dem mit Abschnitt VII Satz 1 der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten verfolgten Beschleunigungszweck (§ 17 Abs. 1 Satz 3 BpflV) gerecht zu werden. Der in der Pflegesatzvereinbarung vorgesehenen Zahlungsfrist kommt unter die-se-n Umständen keine Bedeutung für die Entstehung des Entgeltanspruchs dem Grunde und der Höhe nach zu. Ebenso wenig beschränkt sie den Umfang der gebotenen Amtsermittlungen im Rechtsstreit über Richtigkeit der Entgeltabrechnung. Sie erfüllt vielmehr ihre Beschleunigungsfunktion allein dadurch, dass sie ? wenn der Bestand der Entgeltforderung, ggf. nach Aufklärung des Sachverhalts, erwiesen ist ? den Zeitpunkt der Fälligkeit und somit den Lauf der Verzinsung bestimmt. 2. Die Beklagte ist verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, weil die Klägerin eine vollstationäre Krankenhausleistung erbracht hat und die vollstationäre Versorgung im Krankenhaus erforderlich war ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). a) Die Patientin war in das Krankenhaus der Klägerin aufgenommen. Die Aufnahme ist erfolgt, wenn der Patient nach Einweisung durch den verordnenden Arzt ([§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7](#) in Verbindung mit [§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#)) oder nach Anordnung durch den Krankenhausarzt selbst ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) in den organisatorischen Betrieb des Krankenhauses eingegliedert wird und damit die personellen und sachlichen Ressourcen des Krankenhauses ? unabhängig vom konkreten Umfang der Inanspruchnahme ? nutzt. Bei der hier zu beurteilenden Notfallaufnahme ist dies mit der Einlieferung durch den Rettungsdienst der Fall, das heißt, wie der Bevollmächtigte der Klägerin zutreffend veranschaulicht hat, sobald der Patient in das Krankenhaus hineingerollt und vom Krankenhauspersonal übernommen wird. Dies gilt jedenfalls, sofern nicht ? was schwer vorstellbar und auch vorliegend nicht der Fall gewesen ist ? die Ärzte des Krankenhauses den Patienten sofort als offenkundig nicht behandlungsbedürftig zurückweisen. Eines gesonderten von der "eigentlichen" Krankenhausbehandlung zu unterscheidenden Zwischenschrittes zur spezifischen Untersuchung und Beurteilung der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit bedarf es dabei nicht. Diese Prüfung ist hier bereits mit der Einweisung durch den diensthabenden Notarzt bzw. der Übernahme der Behandlung durch die Krankenhausärzte erfolgt. Ob tatsächlich eine Behandlung im Krankenhaus erforderlich war oder nicht, ist dagegen für die Frage der Aufnahme ohne Belang. Selbst wenn eine vorherige Prüfung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit unterbliebe, stünde das einer Aufnahme begrifflich nicht entgegen, sondern würde sich nur auf das Vergütungsrisiko auswirken. Desgleichen spielt es keine Rolle, ob die spezifischen apparativen und personellen Mittel des Krankenhauses tatsächlich zum Einsatz gekommen sind oder ob sich die Maßnahmen der Krankenhausärzte nur auf die Fortsetzung der bereits vom Notarzt eingeleiteten ? und prinzipiell auch ambulant möglichen ? Behandlungen und ggf. deren Abbruch bei offenkundiger Aussichtslosigkeit beschränkten. Ob eine Aufnahme in das Krankenhaus erfolgt ist, hängt nicht davon ab, welche konkreten Untersuchungs- und Behandlungsschritte dort unternommen werden. Vorliegend wurde die Patienten mit deutlichen Anzeichen eines akuten Vorderwandinfarkts auf Anordnung der Notärztin vom Rettungsdienst intubiert und beatmet zur Intensivversorgung übernommen. Die bereits eingeleiteten Reanimationsmaßnahmen mussten bis zur ärztlichen Feststellung des Todes durch Ärzte der Klägerin fortgesetzt werden. Unter diesen

Bedingungen stellte sich gar nicht erst die Frage nach einer Abweisung der Patientin. Dass die Ärzte der Klägerin in der kurzen Zeit bis zum Tod der Patientin gar nichts unternommen hätten, was als Leistung des Krankenhauses nach Aufnahme abrechnungsfähig wäre, hat die Beklagte selbst nicht behauptet. b) Die von den Ärzten der Klägerin noch durchgeführten Maßnahmen waren auch nicht den Leistungen der Notfallrettung zuzurechnen und deshalb mit den Rettungsdienstgebühren und der Vergütung der ins Rettungsdienstsystem integrierten Ärzte nach [§ 75 SGB V](#) abgegolten. Was zur Notfallrettung gehört, wird durch Landesrecht geregelt, in diesem Fall durch [§ 2 Abs. 2 Satz 1](#) des Sächsischen Rettungsdienstgesetzes (SächsRettDG). Danach ist Notfallrettung die Durchführung von lebensrettenden Maßnahmen ? in der Regel unter notärztlicher Betreuung ? bei Notfallpatienten, die Herstellung ihrer Transportfähigkeit und ihre unter fachgerechter Betreuung erfolgende Beförderung in ein für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus. Das Ziel der Notfallrettung ist damit die Verbringung ins Krankenhaus zur weiteren Behandlung. Insbesondere gibt es keine ausschließliche Zuständigkeit des Notarztes für Reanimati-onsmaßnahmen im Notfall. Mit der Einlieferung ins Krankenhaus endet die Notfallrettung. Ein-lieferung und Aufnahme fallen zusammen. Alle weiteren Maßnahmen, ganz gleich, von wel-chem Umfang und von welcher Dauer, zählen zur Krankenhausbehandlung. Desgleichen ist es ohne Bedeutung, ob die vom Rettungsdienst eingelieferten Notfallpatienten in einer Notaufnahme, die zugleich als Notfallambulanz dient, und von den selben diensthabenden Ärzten, die auch ambulante Notfälle behandeln, versorgt werden. Für die Beurteilung einer Behandlung als ambulante, teil- oder vollstationäre Versorgung, kommt es nicht darauf an, wie diese innerhalb der Binnengliederung des Krankenhauses organisiert wird. Ebenso wenig kann von einem dreistufigen Behandlungs- und Abrechnungsschema ausgegan-gen werden, wonach zwischen dem Einsatz der Notfallrettung und der eigentlichen stationären Krankenhausbehandlung als notwendige Zwischenstufe eine ? kassenärztlich nach der EBM-Pos. 332 abzurechnende ? ambulante Notfallbehandlung zur Stabilisierung des Patienten ange-siedelt ist, die erst mit der Herstellung bzw. Feststellung der Krankenhausbehandlungsfähigkeit endet. Schließt sich der Einlieferung durch den Rettungsdienst eine mehrtätige Krankenhausbe-handlung an, steht außer Frage, dass nur diese nach Maßgabe der einschlägigen Fallpauschalen und tagesgleichen Pflegesätze gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden kann und dar-über hinaus neben dem Rettungsdiensteinsatz keine ambulante Notfallbehandlung gesondert zu vergüten ist. Ebenso wenig, wie in diesen Fällen ein zwischenzeitlich bereits entstandener Ver-gütungsanspruch für eine ambulante Notfallbehandlung auf Grund des Überlebens des Patien-ten im Sinne einer auflösenden Bedingung wieder untergeht, verbleibt es, wenn der Patient nicht mit den in EBM-Pos. 332 beschriebenen Maßnahmen stabilisiert werden kann und ver-stirbt, bei einer ambulanten, kassenärztlich abzurechnenden Notfallbehandlung. Die Qualifizie-rung dieser Maßnahmen als ambulante Behandlung einerseits oder als Beginn einer stationären Krankenhausbehandlung andererseits kann nicht von ihrem Erfolg oder Misserfolg abhängen, der im Moment der Einlieferung noch nicht absehbar ist. c) Die Weiterbehandlung der Patientin bis zur Feststellung ihres Todes erfolgte im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 und Satz 2 SGB V](#) vollstationär (sog. "abgebrochene" stationäre Behand-lung). [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) unterscheidet begrifflich zwischen vollstationärer, teilstationärer, vor- oder nachstationärer ([§ 115a SGB V](#)) sowie ambulanter ([§ 115b SGB V](#)) Krankenhausbe-handlung. Für die Abgrenzung der hier allein noch in Betracht kommenden ambulanten oder teilstationären von der vollstationären Behandlung ist auf Abgrenzungskriterien zurückzugrei-fen, die sich an der besonderen Einrichtung des Krankenhauses ? ständige Rufbereitschaft eines Arztes, geschultes Pflegepersonal, apparative Mindestausstattung ? und der Dauer des Aufent-haltes über mehr als einen Tag hinweg orientieren. Allein die subjektive Erwartung einer Kran-kenhausbehandlung genügt nicht. Entgegen der Auffassung der Beklagten kommt es nicht dar-auf an, ob die spezifischen Mittel des Krankenhauses, die es von Einrichtungen der ambulanten Versorgung unterscheidet, auch tatsächlich in Anspruch genommen werden. Ebenso wenig ist ein tatsächlicher Aufenthalt über Nacht Voraussetzung. Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat hierzu in seinem Urteil vom 04.03.2004, Az. [B 3 KR 4/03 R](#), dem sich der 6. Senat des Bundessozialgerichts mit Urteil vom 08.09.2004, Az. [B 6 KA 14/03 R](#), angeschlossen hat, Folgendes ausgeführt: "Eine Abgrenzungsschwierigkeiten weitestgehend vermeidende Definition von vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung kann nur vom Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer ausgehen. Insofern hat das LSG im Ansatz zutreffend dargelegt, eine physische und organisato-rische Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem des Kranken-hauses sei augenfällig gegeben, wenn sie sich zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstrecke. Damit ist die vollstationäre Behandlung er-fasst. Es besteht auch weit gehende Einigkeit in der Literatur, dass der Pati-ent bei der vollstationären Versorgung zeitlich ununterbrochen ? also Tag und Nacht ? im Krankenhaus untergebracht ist (...). Ein Eingriff findet dem gemäß nur ambulant i.S. des [§ 115b SGB V](#) statt, wenn der Patient die Nacht vor und die Nacht nach dem Eingriff nicht im Krankenhaus verbringt. (...) Auf der anderen Seite liegt eine stationäre Behandlung auch dann vor, wenn der Patient nach Durchführung eines Eingriffs oder einer sonstigen Behand-lungsmaßnahme über Nacht verbleiben sollte, aber gegen ärztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag wieder verlässt (Beispiel eines sog. Stundenfalls); dann handelt es sich um eine abgebro-chene stationäre Behandlung." Nach dieser Definition ist der Verbleib über Nacht lediglich als negatives Abgrenzungsmerk-mal für ambulante Behandlungen insofern von Bedeutung, als eine Behandlung nicht ambulant sein kann, wenn sie mit einem Verbleib über Nacht vor und nach einem Eingriff verbunden ist. Das schließt nicht aus, dass unter den gleichen Umständen ? tatsächlich kein Verbleib über Nacht ? eine Behandlung stationär erfolgt, wenn nur die Aufnahme eine Behandlung, die sich über einen Tag und eine Nacht hinweg erstreckt, zum Ziel hatte. Einen geradezu typischen Fall der "abgebrochenen" stationären Behandlung stellt es dar, wenn der Patient zwar nicht, wie im Beispiel des Bundessozialgerichts, das Krankenhaus am Aufnahmetag wieder aus eigenem Ent-schluss verlässt, jedoch kurz nach der Aufnahme verstirbt. In welchem Umfang die spezifische Einrichtung des Krankenhauses während des Aufenthalts tatsächlich in Anspruch genommen wurde, ist nach dieser Abgrenzung ohne Bedeutung. Eine solche Unterscheidung wäre auch praktisch nicht durchführbar. Bereits für die Beurteilung der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit wird der Einsatz der besonderen Mittel des Kranken-hauses weder gefordert noch stets als ausreichend angesehen (Bundessozialgericht, Urteil vom 13.05.2004, Az. [B 3 KR 18/03 R](#)). Erst recht kann es für die Frage, ob eine Krankenhausbe-handlung erfolgt ist oder nicht, nicht auf ein bestimmtes Maß der tatsächlichen Inanspruchnah-me dieser Mittel ankommen. Ein geeigneter Maßstab lässt sich in diesem Zusammenhang ins-besondere nicht dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen der Notfallversorgung, EBM-Pos. 332, entnehmen, wie die Beklagte vorschlägt. Dass Reanimati-onsmaßnahmen nach EBM-Pos. 332 vergütet werden, bedeutet nicht, dass die dort genannten Leistungen nicht in den Bereich der stationären, sondern ausschließlich den der ambulanten Versorgung fielen. Das Argument, die Krankenhausbehandlung des Patienten sei nicht über den Umfang der ambulanten Notfallversorgung nach EBM-Pos. 332 hinausgegangen, findet im Ge-setz keine Grundlage. Dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab kommt eine derartige Abgren-zungsfunktion zwischen voll- oder teilstationärer und ambulanter Versorgung nicht zu, zumal er eine Vielzahl von Positionen umfasst, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung so-wohl ambulant als auch (belegärztlich) stationär erbracht werden können und darüber hinaus üblicher Bestandteil stationärer Krankenhausbehandlungen sind. Die EBM-Pos. 332 trägt dem Umstand Rechnung, dass im Notfall jeder Arzt die dort genannten Maßnahmen, soweit seine Ausstattung dies zulässt, unverzüglich erbringen muss, falls ein Krankenhaus nicht erreichbar oder der Patient nicht transportfähig ist, und dafür auch eine Vergütung beanspruchen kann. Für die Weiterführung der Notfallbehandlung unter stationären Bedingungen sind diese Abrech-nungsvorschriften nicht einschlägig. Zwar ordnet [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) an, dass auch ande-re als Vertragsärzte in "Notfällen" in Anspruch genommen werden dürfen, diese Versorgung ist damit der kassenärztlichen Versorgung zuzurechnen. Daraus kann aber nicht der Gegenschluss gezogen werden, dass jede Notfallbehandlung nach den Vorschriften des Kassenarztrechts ab-zurechnen wäre. Der kassenärztlichen Versorgung ist

eine Notfallbehandlung Versicherter durch Nichtkassenärzte nur soweit zuzurechnen, wie der Sicherstellungsauftrag für die kassen-ärztliche Versorgung reicht. Dieser erstreckt sich nicht auf stationäre Notfallbehandlungen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 09.10.2001, Az. [B 1 KR 6/01 R](#)). Was eine stationäre Notfallbehandlung ist, richtet sich mithin nicht nach den Abrechnungsvorschriften des Kassenarztsrechts. Vielmehr setzen diese die Abgrenzung der Versorgungsbereiche schon voraus. Geht man deshalb mit dem Bundessozialgericht maßgeblich vom Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer aus, so ist eine vollstationäre Behandlung der Patientin zu bejahen, weil die Aufnahme ins Krankenhaus wegen einer geplanten Krankenhausbehandlung über mindestens einen Tag und eine Nacht erfolgte. Die geplante Behandlungsdauer ergibt sich hier unmittelbar aus der Erforderlichkeit einer mehrtätigen Krankenhausbehandlung. Die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit indiziert mangels entgegenstehender Anhaltspunkte zugleich die geplante Behandlungsdauer. d) Die gebotene Krankenhausbehandlung war im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vollstationär, das heißt über mindestens einen Tag und eine Nacht hinweg, erforderlich. Diese Prognose wird durch den kurz nach der Aufnahme eingetretenen Tod der Patientin nicht widerlegt, sondern bestätigt. Die Notwendigkeit vollstationärer Krankenhausbehandlung und der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen ist aus der Sicht des Krankenhausarztes bei der Aufnahme des Versicherten zu beurteilen. Stellt sich die Beurteilung des Krankenhausarztes nachträglich nach den Regeln der ärztlichen Kunst als nicht vertretbar heraus, ist die Krankenkasse nur dann nicht an die Entscheidung des Krankenhausarztes gebunden, wenn dieser vorausschauend (ex ante) hätte erkennen müssen, dass die Beschwerden nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründeten, also mit der Aufnahme eine Fehlentscheidung getroffen wurde. Voraussetzung für den Anspruch auf Krankenhausbehandlung ist, dass die Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme behandlungsbedürftig ist und dass ihr zum Anderen mit den spezifischen Mitteln des Krankenhauses begegnet werden muss, um die Krankheit zu heilen oder zu bessern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Lässt sich eine erforderliche medizinische Behandlung in ebenso guter Weise auch außerhalb eines Krankenhauses durchführen, so besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung. Hierunter fällt neben der Behandlung in der Arztpraxis auch die ärztliche Krankenbehandlung in der Wohnung des Versicherten, ggf. in Kombination mit häuslicher Krankenpflege ([§ 37 SGB V](#)). Ferner gehört dazu die ärztliche Versorgung und sonstige medizinische Betreuung der Bewohner von Pflegeheimen, von Einrichtungen der Behindertenhilfe und von sonstigen Heimen oder Anstalten. Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung ist außerdem ausgeschlossen, wenn keine akute medizinische Behandlung einer Krankheit erforderlich, sondern medizinische Rehabilitation (dann ggf. Rehabilitationsklinik) oder dauerhafte Pflege (dann ggf. Pflegeheim) ausreichend ist. Wenn die Rechtsprechung als besondere Mittel des Krankenhauses eine apparative Mindestausstattung, ein geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten bzw. rufbereiten Arzt herausstellt, so wird damit für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung weder der Einsatz aller dieser Mittel gefordert noch stets als ausreichend angesehen. Es ist vielmehr eine Gesamtbeurteilung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommen. Die Entscheidung, ob ein Versicherter wegen einer behandlungsbedürftigen Krankheit in einem Krankenhaus versorgt werden muss, kann ein die Einweisung ins Krankenhaus verordnender niedergelassener Arzt oder die Aufnahme ins Krankenhaus anordnender Krankenhausarzt stets nur mit Blick auf die in Betracht kommenden ambulanten Behandlungsalternativen treffen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 13.05.2004, Az. [B 3 KR 18/03 R](#)). Eine ambulante oder auch nur teilstationäre Behandlung stellte im gegebenen Fall den Tod der Patientin zurückschauend hinweggedacht keine Alternative dar. Die Patientin gehörte nicht in eine Notfallambulanz, sondern auf die Intensivstation. Die Zuständigkeit des ambulanten Notdienstes endet dort, wo allgemein die Zuständigkeit ambulanten Versorgung endet, namentlich wo akute Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht. Wird, wie hier, ein Patient vom Notarzt mit dem Verdacht auf einen frischen Myokardinfarkt und der vitalen Indikation intensivmedizinischer Behandlung in ein Krankenhaus eingeliefert, liegt die vollstationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit auf der Hand. Wäre die Patientin gerettet worden, hätte sich eine mehrtätige kardiologische und ggf. kardiologische Behandlung angeschlossen. Bis zum Abschluss der Diagnostik, Evaluation und Durchführung einer geeigneten Therapie wäre eine ständige Überwachung mit der Möglichkeit zum evtl. intensivmedizinischen Eingreifen erforderlich gewesen. Dass das Bemühen um Rettung erfolglos blieb und die spezifischen Mittel des Krankenhauses tatsächlich nicht mehr zum Einsatz gelangten, stand erst im Nachhinein mit der Feststellung des Todes bzw. der Unumkehrbarkeit eines zum baldigen Tod führenden Krankheitsverlaufs fest. Solange diese Feststellungen nicht getroffen wurden, waren die Ärzte der Klägerin zur Behandlung unter Ausschöpfung aller vollstationären Therapieoptionen verpflichtet. Die Planung eines mehrtätigen Krankenhausaufenthalts war aus der allein maßgeblichen ex ante-Sicht nicht nur vertretbar, sondern geboten. e) Die nur Minuten dauernde Behandlung ist bei der Abrechnung tagesgleicher Pflegesätze als voller Belegungstag abzurechnen. Nach [§ 14 Abs. 2 Satz 1 BpflV](#) hier einschlägig in der vom 01.01.1996 bis zum 31.12.1999 geltenden Fassung vom 09.12.1997 werden die Abteilungspflegesätze und der Basispflegesatz sowie die entsprechenden teilstationären Pflegesätze für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstag); der Entlassungs- oder Verlegungstag wird nur bei teilstationärer Behandlung berechnet. Diese Regelung bzw. die des hinsichtlich der vollstationären Versorgung inhaltsgleichen [§ 14 Abs. 2 Satz 1 BpflV](#) in der vom 01.01.1995 bis zum 31.12.1995 geltenden Fassung vom 26.09.1994 ist an die Stelle von [§ 9 BpflV](#) in den vom 01.01.1974 bis zum 31.12.1994 geltenden Fassungen vom 25.04.1973 und vom 21.08.1985 getreten, wonach Aufnahme- und Entlassungstag als je ein Tag, bei einer gesamten Verweildauer von weniger als 24 Stunden jedoch als ein Tag berechnet wurden. Daraus ergibt sich im Umkehrschluss, dass nach der im Zeitpunkt der streitgegenständlichen Behandlung geltenden Rechtslage, wenn der Aufnahmetag zugleich der Entlassungstag ist, unabhängig vom Behandlungsumfang stets ein voller Behandlungstag abgerechnet werden kann. Die Abrechnung eines Behandlungstages steht auch nicht in unangemessenem Verhältnis zur kurzen Dauer des Aufenthalts und dem vergleichsweise geringen personellen und sachlichen Aufwand, den das Krankenhaus hier aufwenden musste. Denn der Vergütung nach einheitlichen tagesgleichen Pflegesätzen ([§ 14 Abs. 1 Satz 1 BpflV](#)) liegt, sofern die Beteiligten der Pflegesatzvereinbarung nichts abweichendes vereinbaren, eine Mischkalkulation zu Grunde, in die konsequenterweise auch Stunden- und Minutenfälle mit einfließen müssen. Deren Abrechnung nach vollen Berechnungstagen ist eine zwingende Folge der mit [§ 14 Abs. 2 Satz 1 BpflV](#) angestrebten Vereinfachung und Pauschalisierung. Die besondere intensivmedizinische Ausrüstung des Krankenhauses muss zudem auch zu Gunsten jener Notfallpatienten vorgehalten werden, deren Behandlung sich als erfolglos herausstellt, bevor die spezielle apparative und personelle Ausstattung des Krankenhauses eingesetzt werden konnte. Ein evtl. Mehrerlösausgleich ([§ 10 Abs. 1 Nr. 2](#), [§ 12 Abs. 4 BpflV](#)) lässt den Anspruch auf die Zahlung tagesgleicher Pflegesätze unberührt. Die Beklagte ist somit zur Zahlung der geltend gemachten Hauptforderung entsprechend dem Klageantrag zu verurteilen. 4. Der als Nebenforderung geltend gemachte Anspruch auf Verzinsung ist nur teilweise rechtlich untersetzt. Der eingeklagte Anspruch auf Prozesszinsen gemäß [§ 291 BGB](#) in Verbindung mit [§ 288 Abs. 1](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) richtet sich gemäß [Artikel 229](#) [§ 1 Abs. 1 Satz 3](#) und [§ 5 Satz 1](#) des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch (EGBGB) weiterhin nach der bei Eintritt der Fälligkeit der Forderung gemäß Abschnitt VII Satz 1 der Pflegesatzvereinbarung 14 Tage nach Rechnungslegung, also am 14.10.1999 geltenden Gesetzeslage. Nach dieser können Prozesszinsen nur in Höhe von 4 Prozent, mindestens aber die Vertragszinsen gemäß Abschnitt VII Abs. 1 Satz 3 der Pflegesatzvereinbarung in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz beansprucht werden. Vom 01.05.1999 bis zum 31.12.1999 lag der Basiszinssatz nach dem Diskontsatzüberleitungsgesetz und seit dem 01.01.2003 der Basiszinssatz nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch unter 2 Prozent, der gesetzliche Zinssatz von 4 Prozent also über dem vertraglich vereinbarten. Bei dem gesetzlichen Zins handelt es sich um einen Mindestzinssatz, der durch die Vereinbarung von

Vertragszinsen nicht abbedungen wird, wie sich aus [§ 288 Abs. 2 BGB](#) in der bis zum bis 31.12.2001 geltenden Fassung bzw. § 288 Abs. 3 BGB in der ab dem ab 01.01.2002 geltenden Fassung ergibt. Weil die Klägerin nur Rechtshängigkeitszinsen geltend gemacht hat, beginnt die Verzinsung mit der sozialgerichtlichen Rechtshängigkeit, das heißt mit Anhängigkeit der Klage am 20.12.2001 ([§ 94](#) des Sozialgerichtsgesetzes [SGG]; vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 04.03.2004, Az. [B 3 KR 4/03 R](#)). Hinsichtlich des darüber hinaus gehenden Zinsanspruch war die Klage abzuweisen. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#) in der bis zum 01.01.2002 geltenden Fassung (vgl. [§ 197a SGG](#) in der ab dem 02.01.2002 geltenden Fassung in Verbindung mit Artikel 17 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes vom 17.08.2001 [[BGBl. I S. 2144](#)]).

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2005-09-16