

## B 3 KR 34/12 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
3  
1. Instanz  
SG Hamburg (HAM)  
Aktenzeichen  
S 35 KR 1313/10  
Datum  
01.09.2011  
2. Instanz  
LSG Hamburg  
Aktenzeichen  
L 1 KR 130/11  
Datum  
01.11.2012  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 3 KR 34/12 R  
Datum  
19.09.2013  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Zur Abgrenzung nicht operativer vollstationärer von teilstationärer oder ambulanter Krankenhausbehandlung ist neben der geplanten Dauer des Krankenhausaufenthalts entscheidend, in welchem Umfang ein Versicherter die Infrastruktur des Krankenhauses in Anspruch nimmt - sog stationäre Eingliederung (Fortentwicklung von BSG vom 28.2.2007 - [B 3 KR 17/06 R](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 8](#)).

2. Wird ein Versicherter, der nach der Entscheidung des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden soll, gleichwohl vor Ablauf von 24 Stunden in ambulante Weiterbehandlung entlassen, liegt eine stationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn die Aufnahmeentscheidung nach dem verfügbaren Kenntnis- und Wissensstand des behandelnden Krankenhausarztes und nach medizinischen Standards nicht zu beanstanden war.

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 1. November 2012 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 678,14 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die 1985 geborene und bei der Beklagten gegen Krankheit versicherte G. (im Folgenden: Versicherte) wurde am Abend des 31.3.2010 um 20.38 Uhr als Notfall in die von der Klägerin betriebene A. Klinik eingeliefert. Die zunächst wegen unauffälliger Laborwerte vorgesehene Entlassung wurde nach einer hypertonen Kreislaufdisregulation der Versicherten in der Nacht verschoben und sie auf der internistischen Station mit der Hauptdiagnose A09.0 (sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs) und der Nebendiagnose E86 (Volumenmangel) aufgenommen. Als voraussichtlichen Entlassungstermin trug der behandelnde Krankenhausarzt Freitag, den 2.4.2010, ein. Tatsächlich wurde die Versicherte jedoch bereits am Donnerstag, dem 1.4.2010, um 12.28 Uhr entlassen, weil sich ihr Zustand wieder stabilisiert hatte. Mit Datum vom 12.4.2010 stellte die Klägerin der Beklagten nach dem auf Diagnosis Related Groups (DRGs, diagnosebezogene Fallgruppen) basierten Fallpauschalenkatalog die DRG G67D (Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane) mit einem Abschlag für das Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer in Höhe von 678,14 Euro in Rechnung. Die Beklagte zahlte den Rechnungsbetrag nicht, weil es sich ihrer Meinung nach um den klassischen Fall einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus handele.

2

Mit der am 13.8.2010 erhobenen Zahlungsklage hat die Klägerin geltend gemacht: Eine stationäre Behandlung liege nach der Rechtsprechung des BSG bereits dann vor, wenn der Patient eine Nacht im Krankenhaus verbracht habe. Diese Voraussetzung sei gegeben, da der Entlassungstag nicht mit dem Aufnahmetag identisch sei. Bei Zweifeln an der Notwendigkeit der stationären Behandlung hätte die Beklagte zudem den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) innerhalb der Sechs-Wochen-Frist des [§ 275 Abs 1c SGB V](#) mit einer Prüfung beauftragen müssen; dies sei nicht geschehen, weshalb sie nun mit ihren Einwendungen ausgeschlossen sei. Das SG hat die Klage mit Urteil vom 1.9.2011 abgewiesen, da die Leistung nicht als vollstationäre Krankenhausbehandlung abrechenbar sei. Die Behandlung habe sich nicht über einen Tag und eine Nacht erstreckt, da dies eine mindestens 24-stündige Behandlung voraussetze. Auch die Infrastruktur des Krankenhauses sei nicht in nennenswerter Weise beansprucht worden. Die Frage eines Prüfverfahrens durch den MDK stelle sich bei dieser rein rechtlichen Frage nicht. Auf die Berufung der Klägerin hat das LSG die Beklagte mit Urteil vom 1.11.2012 unter Änderung der erstinstanzlichen Entscheidung zur Zahlung des eingeklagten Betrages nebst Zinsen verurteilt: Die Aufenthaltsdauer von

knapp 16 Stunden schließe eine vollstationäre Behandlung nicht ohne Weiteres aus. Eine starre Mindestaufenthaltsdauer von 24 Stunden lasse sich der Rechtsprechung des BSG nicht entnehmen und sei auch nicht sachgerecht. Zweifel an der Eingliederung der Versicherten in die besondere Infrastruktur des Krankenhauses könnten seit Ablauf der Sechs-Wochen-Frist medizinisch nicht mehr geklärt und daher nicht mehr von der Beklagten gerügt werden.

3

Die Beklagte beruft sich mit der vom LSG zugelassenen Revision auf eine Verletzung der Vorschriften der [§§ 39, 275 Abs 1c SGB V](#). Eine vollstationäre Versorgung setze die Unterbringung des Patienten über einen Tag und eine Nacht, dh über mindestens 24 Stunden voraus. Eine klare zeitliche Abgrenzung sei erforderlich. Eine Ausnahme von diesem Grundsatz komme lediglich nach den Grundsätzen der "abgebrochenen stationären Behandlung" in Betracht, wenn die Behandlung zunächst über mindestens einen Tag und eine Nacht geplant gewesen sei, dann aber aus medizinischen Gründen abgebrochen werden müsse oder der Versicherte das Krankenhaus gegen ärztlichen Rat vorzeitig verlasse. Das Urteil des LSG beruhe ferner auf einer Verletzung des [§ 275 Abs 1c SGB V](#), da der MDK nicht zur Klärung von Rechtsfragen berufen sei. Hier gehe es nur noch um die Rechtsfrage, ob eine vollstationäre Behandlung vorliege; dies habe das LSG verkannt.

4

Die Beklagte beantragt, das Urteil des LSG Hamburg vom 1.11.2012 zu ändern und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG Hamburg vom 1.9.2011 zurückzuweisen.

5

Die Klägerin verteidigt die angegriffene Entscheidung des LSG und beantragt, die Revision zurückzuweisen.

II

6

Die zulässige Revision der Beklagten ist nicht begründet. Die Klägerin hat im Falle der Versicherten eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht und diese zutreffend abgerechnet.

7

1. Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt. Eines Vorverfahrens iS von [§ 78 SGG](#) bedurfte es nicht, weil die Klage zu Recht als allgemeine Leistungsklage ([§ 54 Abs 5 SGG](#)) erhoben worden ist. Da sich Krankenhausträger und Krankenkasse bei der Frage, wie die stationäre Behandlung eines gesetzlich gegen Krankheit Versicherten zu vergüten ist, im Gleichordnungsverhältnis gegenüberstehen, kommt eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht. Es war auch keine Klagefrist zu beachten (stRspr, vgl zB [BSGE 90, 1](#) f = [SozR 3-2500 § 112 Nr 3](#); [BSGE 100, 164](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 12](#), RdNr 10; [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 9; [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#), RdNr 12).

8

2. Rechtsgrundlage für die Vergütung von Krankenhausleistungen ist [§ 109 Abs 4 S 3 SGB V](#) (idF des Art 1 Nr 3 Fallpauschalengesetz vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) iVm [§ 7 Abs 1 S 1](#), [Abs 2](#) und [§ 9 Abs 1 S 1](#) Krankenhausentgeltgesetz sowie [§ 17b](#) Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG - (hier jeweils idF des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes vom 17.3.2009, [BGBl I 534](#)) iVm der Anlage 1 Teil A des Fallpauschalenkatalogs der G-DRG-Version 2010 sowie dem zwischen der Hamburgischen Krankengesellschaft eV und den Krankenkassen bzw deren Verbänden geschlossenen Vertrag "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" nach [§ 112 Abs 1, 2](#) Nr 1 SGB V vom 19.12.2002 und der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2010.

9

Nach [§ 109 Abs 4 S 3 SGB V](#) entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)) durchgeführt wird und iS des [§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#) erforderlich ist. Der Behandlungspflicht zugelassener Krankenhäuser ([§ 109 Abs 4 S 2 SGB V](#)) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den [§§ 16, 17 KHG](#) in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse festgelegt wird ([BSGE 86, 166](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#); [BSGE 90, 1](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr 3](#)). Danach hat die Klägerin Anspruch auf die von ihr abgerechnete Vergütung für eine vollstationäre Behandlung.

10

Nach [§ 39 Abs 1 S 1 SGB V](#) wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär ([§ 115a SGB V](#)) sowie ambulant ([§ 115b SGB V](#)) erbracht. Das Gesetz hat die maßgebenden Merkmale für die voll- und teilstationäre Behandlung weder bei den Vergütungsregelungen noch bei den Regelungen über die Leistungsansprüche des Versicherten in den [§§ 39 ff SGB V](#) vorgegeben ([BSGE 92, 223](#) RdNr 12 = [SozR 4-2500 § 39 Nr 1](#) RdNr 11). Von der Ermächtigung nach [§ 16 Nr 2 KHG](#), die verschiedenen Krankenhausleistungen voneinander abzugrenzen, hat die Bundesregierung bislang keinen Gebrauch gemacht.

11

Wie der Senat bereits in seinem Urteil vom 4.3.2004 ([BSGE 92, 223](#) RdNr 21 = [SozR 4-2500 § 39 Nr 1](#) RdNr 20) dargelegt hat, sind vollstationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungen im Krankenhaus in erster Linie anhand der geplanten Aufenthaltsdauer

abzugrenzen. Danach liegt eine vollstationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn der Patient nach der Entscheidung des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden soll.

12

Der Gesetzgeber hat in der amtlichen Begründung zum Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 ([BGBl I 2266](#)) zur Abgrenzung der (voll- und teil-)stationären von der ambulanten Behandlung das Kriterium der "Aufnahme" in das Krankenhaus herangezogen und dieses als die "physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses" definiert ([BT-Drucks 12/3608 S 82](#) zu [§ 39 SGB V](#)). Dieses Merkmal wird auch in der Literatur zur Abgrenzung der (voll- und teil-)stationären von der ambulanten Krankenhausbehandlung herangezogen (vgl zB Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 39 RdNr 43, 46a, der dies als alleiniges Merkmal allerdings kritisch betrachtet, sowie Grünenwald, WzS 1994, 78). Ohne nähere Konkretisierung der Begriffe der Aufnahme und der Integration in den Krankenhausbetrieb kann allerdings nicht nur auf das Unterschreiben eines Aufnahmevertrages abgestellt werden. Da auch bei ambulanten Leistungen im Krankenhaus ggf Verpflegung oder ein Bett zur Verfügung gestellt werden, reicht die Gewährung von Unterkunft und Verpflegung zur Abgrenzung allein ebenfalls nicht aus. Der Aufenthalt des Versicherten im Krankenhaus zur Durchführung einer Operation bedeutet deshalb ebenso wenig wie die Unterzeichnung eines Krankenhausaufnahmevertrages, die Durchführung einer Vollnarkose oder eine mehrstündige, intensive postoperative Überwachung im Krankenhaus bereits eine vollstationäre Behandlung ([BSGE 92, 223](#) RdNr 17 ff = [SozR 4-2500 § 39 Nr 1](#) RdNr 16 ff).

13

Was unter dem "spezifischen Versorgungssystem eines Krankenhauses" zu verstehen ist, ergibt sich unter Rückgriff auf die gesetzliche Definition des Krankenhausbegriffs in [§ 107 Abs 1 SGB V](#). Denn ein Krankenhaus kann zwar auch ambulante Leistungen erbringen, der Krankenhausbegriff wird aber nur von Einrichtungen erfüllt, die (auch und vor allem) zur stationären Leistungserbringung in der Lage sind. Dazu gehören neben der Möglichkeit, die Patienten unterzubringen und zu verpflegen ([§ 107 Abs 1 Nr 4 SGB V](#)) ua eine ständige ärztliche Leitung ([§ 107 Abs 1 Nr 2 SGB V](#)) und jederzeit verfügbares Personal ([§ 107 Abs 1 Nr 3 SGB V](#)). Daraus wird deutlich, dass das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses nicht nur kurzfristige Eingriffe oder Maßnahmen ermöglicht, sondern besonders auf solche Behandlungen ausgerichtet ist, die einen längeren Aufenthalt des Patienten erfordern. Das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses wird daher in Anspruch genommen, wenn sich die Behandlung zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Demgegenüber erfordert der Aufnahmeakt selbst, dh die physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in dieses Versorgungssystem, keine zeitliche Erstreckung über eine bestimmte Dauer. Voraussetzung hierfür ist lediglich die Entscheidung des Krankenhausarztes, dass eine Behandlung über mindestens einen Tag und eine Nacht erfolgen soll. Diese Aufnahmeentscheidung auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsplans wird nach außen regelmäßig zB durch die Einweisung auf eine bestimmte Station, die Zuweisung eines Bettes, das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen uä dokumentiert. Eine auf diese Weise auf der Grundlage der Entscheidung des Krankenhausarztes einmal erfolgte physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Krankenhausversorgungssystem kann nicht rückwirkend dadurch entfallen, dass der Patient zB gegen ärztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag wieder verlässt; dann handelt es sich um eine "abgebrochene" stationäre Behandlung (vgl BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr 5](#)). Abzugrenzen sind indes solche Fälle, in denen noch keine Entscheidung zur Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus getroffen wurde, etwa weil sich aufgrund der Aufnahmeuntersuchung eine Verlegung oder die ambulante Weiterbehandlung als medizinisch sinnvoll, erforderlich und ausreichend erwies.

14

Eine teilstationäre Behandlung ist anzunehmen, wenn eine zeitlich nicht durchgehende Krankenhausbehandlung geplant ist, also ein Aufenthalt von weniger als einem Tag und einer Nacht. Deshalb ist bei einer zeitlich darüber hinausgehend geplanten Behandlung im Zweifel von einer vollstationären Krankenhausbehandlung auszugehen (vgl BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr 8](#) RdNr 21). In jener Entscheidung hat der Senat zudem ausgeführt, dass sich damit vor allem bei operativen Eingriffen eine praktikable Abgrenzung der stationären Behandlung vom ambulanten Operieren und anderen stationsersetzenden Eingriffen ([§ 115b SGB V](#)) finden lässt. Darüber hinaus gibt es jedoch weitere Fälle vollstationärer Behandlungen; dies wird schon im Hinblick auf einige Fallpauschalen deutlich, die exakt für die Behandlung an nur einem Behandlungstag kalkuliert worden sind (so auch Thier, "Teilstationäre Krankenhausleistungen", Das Krankenhaus 2006, 969, 970 mwN). Verbringt ein Patient zB nicht einen ganzen Tag und eine Nacht im Krankenhaus, wobei er aber wegen der Schwere seiner Erkrankung auf der Intensivstation medizinisch betreut wird, so nimmt er gleichwohl umfassend die Infrastruktur des Krankenhauses in Anspruch, denn der Aufenthalt auf einer Intensivstation stellt die nachhaltigste Form der Einbindung in einen Krankenhausbetrieb und damit den Prototyp einer stationären Behandlung dar (vgl BSG, aaO, RdNr 18 f).

15

Diese differenzierende Rechtsprechung des Senats ist praxisorientiert und sachgerecht (so auch BSG - 6. Senat - [SozR 4-2500 § 39 Nr 3](#)). Sie bietet klare und gut handhabbare Abgrenzungskriterien und ist deshalb auch in der Literatur auf Zustimmung gestoßen (vgl Quaas/Dietz f&w 2004, 513, 515; Trefz SGB 2005, 46 f). Entscheidend ist damit zunächst der ärztliche Behandlungsplan. Die Entscheidung zum Verbleib des Patienten über Nacht wird in der Regel zu Beginn der Behandlung vom Krankenhausarzt getroffen, kann im Einzelfall bei medizinischer Notwendigkeit aber auch noch später erfolgen ([BSGE 92, 223](#) RdNr 23 f = [SozR 4-2500 § 39 Nr 1](#) RdNr 22 f; BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr 5](#) RdNr 9; BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr 8](#) RdNr 16). Deshalb kann - wenn zB wegen einer Komplikation eine zunächst nicht geplante weitere Behandlung über die Nacht hinweg angezeigt erscheint - eine ambulante in eine vollstationäre Krankenhausbehandlung übergehen.

16

Nach diesen Grundsätzen wurde die Versicherte im vorliegenden Fall vollstationär behandelt. Die Klägerin hat bereits mit den Daten nach [§ 301 SGB V](#) angegeben, dass die am 31.3.2010 begonnene Krankenhausbehandlung voraussichtlich bis zum 2.4.2010 dauern werde. Geplant war demnach eine Behandlung von mehr als einem Tag und einer Nacht. Der Krankenhausarzt traf die Aufnahmeentscheidung für die zunächst als Notfall in die Klinik gekommene Versicherte nach der Aufnahmeuntersuchung unter Heranziehung der Laborwerte und weiterer Umstände, insbesondere der im Laufe der Nacht auftretenden Kreislaufkomplikationen. Diese Entscheidung war nach seinem Kenntnisstand

medizinisch durchaus vertretbar; dies wird auch von der Beklagten nicht in Zweifel gezogen. Nach außen dokumentierte sich die physische und organisatorische Eingliederung der Versicherten durch ihre Einweisung in die Abteilung für Gastroenterologie, in der ihr ein Bett zugewiesen, Verpflegung gewährt und die hypertone Kreislaufdisregulation überwacht wurde. Aufgrund dieses Geschehensablaufs und unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes der Versicherten hat der Senat keine Zweifel, dass es sich vorliegend um eine vollstationäre Behandlung gehandelt hat.

17

Ob die Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes medizinisch zutreffend war oder möglicherweise auch eine Weiterführung der ambulanten Notfallbehandlung hätte erfolgen können, ist nicht Gegenstand dieses Verfahrens - dies hat die Beklagte zu Recht angemerkt. Auf die Frage, was medizinisch nach Ablauf der Sechs-Wochenfrist nach [§ 275 Abs 1c S 2 SGB V](#) noch überprüft werden kann, kommt es hier mithin nicht an.

18

Der mit der Aufnahme der Versicherten entstandene Vergütungsanspruch für eine vollstationäre Behandlung ist nicht deshalb entfallen, weil die Versicherte entgegen der Planung bereits am Donnerstag, dem 1.4.2010, um 12.28 Uhr entlassen worden ist. Die Tatsache, dass die Versicherte entsprechend der veränderten medizinischen Situation vorzeitig in hausärztliche Weiterbehandlung entlassen werden konnte, ändert nichts am Vorliegen einer vollstationären Behandlung, sondern ist lediglich - wie hier auch geschehen - durch einen Rechnungsabschluss wegen des Unterschreitens der unteren Grenzverweildauer zu berücksichtigen.

19

3. Die rechnerische Richtigkeit des klägerischen Anspruchs ist weder von der Beklagten in Zweifel gezogen worden noch hat der Senat Anlass dazu. Der Zinsanspruch ergibt sich aus §§ 12, 14 des zwischen den Beteiligten geschlossenen Vertrages nach [§ 112 Abs 1](#), 2 Nr 1 SGB V vom 19.12.2002.

20

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 S 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 1 S 1 VwGO](#). Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs 1 S 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2](#), [§ 52 Abs 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2014-03-14