
S 8 KR 1332/15

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hamburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Hamburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 KR 1332/15
Datum	23.01.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 43/18
Datum	19.12.2019

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Auf die Berufung der KlÄgerin wird das Urteil des Sozialgerichts aufgehoben und die Beklagte verurteilt, an die KlÄgerin 674,41 EUR nebst 5 % Zinsen hierauf ab dem 23. April 2015 sowie die Aufwandspauschale in HÄhe von 300 EUR zu zahlen. Die Beklagte trÄgt die Kosten des Verfahrens in beiden RechtszÄgen. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die HÄhe der VergÄtung einer Krankenhausbehandlung.

Die in der 36. Schwangerschaftswoche schwangere, 1984 geborene, bei der Beklagten Versicherte, wurde am 17. April 2014 zur Vornahme einer ÄuÄeren Wendung bei Beckenendlage des FÄtus im Krankenhaus der KlÄgerin aufgenommen. Um 15.23 Uhr erfolgte die Aufnahme in den KreiÄsaal, wo ein Anschluss ans CTG vorgenommen wurde und eine Tokolyse (Gabe wehenhemmender Medikation) erfolgte. Gegen 19.50 Uhr wurde ein Wendungsversuch beim ungeborenen Kind der Versicherten vorgenommen, der erfolglos blieb. Nach einem erneuten CTG-Anschluss von 21.02 â 22.00 Uhr wurde die Versicherte sodann bei Wohlbefinden in ihre HÄuslichkeit entlassen.

Am 31. Juli 2014 stellte die Klägerin der Beklagten für eine vollstationäre Behandlung insgesamt 674,41 EUR in Rechnung. Die Beklagte zahlte diese Rechnung zunächst, teilte der Klägerin aber mit, dass sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung des Falls beauftragt habe.

In seinem sozialmedizinischen Gutachten vom 9. April 2015 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass zu keinem Zeitpunkt ein stationärer Behandlungsbedarf bestanden habe. Es habe sich nicht um einen Notfall gehandelt, die Entlassung am gleichen Tage sei geplant gewesen, es sei auch kein stationärer Krankenhausaufenthalt mit Überwachung der Versicherten bis zum Folgetag geplant gewesen. Die Leistung "Äußere Wendung" könne ambulant im Krankenhaus erbracht werden.

Am 23. April 2015 hat die Beklagte den vollen Betrag mit einer anderen unstreitigen Forderung der Beklagten verrechnet. Die Klägerin hat daraufhin am 25. August 2015 Klage erhoben. Diese hat das Sozialgericht mit Urteil vom 23. Januar 2018 abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt, der Eingriff der sogenannten Äußeren Wendung werde regelhaft im Krankenhaus nicht bei niedergelassenen Ärzten durchgeführt, da im Falle von Komplikationen sehr schnell gehandelt werden müsse, um ernsthafte Gefahren von Mutter und Kind abzuwenden. Ohne den Eintritt von Komplikationen führe eine Äußere Wendung aber nicht zu einem längeren Krankenhausaufenthalt, da die Versicherte sich in der Regel nur für wenige Stunden im Krankenhaus aufhalte und anschließend noch am selben Tag das Krankenhaus wieder verlassen könne. Ausgehend vom Behandlungsplan, dem eine entscheidende Rolle beizumessen sei, liege also eine ambulante Behandlung vor. Denn die Entscheidung zum Verbleib des Patienten über Nacht werde in der Regel zu Beginn der Behandlung vom Krankenhausarzt getroffen, könne im Einzelfall bei medizinischer Notwendigkeit aber auch noch später erfolgen. Daher sei es möglich, dass eine zunächst geplante weitere Behandlung wegen des Eintritts einer Komplikation in eine ambulante oder vollstationäre Krankenhausbehandlung übergehe. Von vornherein sei vorliegend aber lediglich von einer ambulanten Behandlung auszugehen.

Gegen das am 22. März 2018 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 19. April 2018 Berufung eingelegt, mit welcher sie vorträgt, der Eingriff der Äußeren Wendung bedürfe aufgrund des speziellen Risikos, welches mit ihm verbunden sei, der besonderen Mittel des Krankenhauses. Insbesondere könne es zu einem Abfall der Herzfrequenz des Kindes und/ oder der Mutter bis hin zum Kreislaufstillstand oder zur Atemnot der Mutter bis hin zum Kreislaufstillstand oder zu einer Ablösung der Plazenta oder zu einem Riss der Plazenta oder zum Platzen der Fruchtblase oder zu einer Nabelschnurstrangulation des Kindes kommen. In derartigen Fällen sei eine sofortige Intervention mit intensivmedizinischen und/ oder chirurgischen Maßnahmen notwendig, um das Leben von Mutter und Kind zu retten. Daher sei der Eingriff zwingend unter Vorhaltung und Verfügbarkeit intensivmedizinischer Ressourcen des Krankenhauses unter stationären Bedingungen durch speziell ausgebildete Ärzte durchzuführen und bedürfe engmaschiger Überwachung.

Aufgrund der erheblichen Risiken werde der Eingriff ausschließlich im Krankenhaus vorgenommen. In einem in einem Parallelverfahren eingeholten Gutachten habe der

Gutachter ausgeführt, der Eingriff werde grundsätzlich als Eingriff in stationärer Behandlung geplant. Ein venöser Zugang solle gelegt sein, ggfs. eine wehenhemmende Infusion erfolgen, eine Lagerung im Kreibett mit CTG-Überwachung und die Herstellung einer OP-Bereitschaft innerhalb von 20 Minuten, um im Notfall eine Sectio durchzuführen zu können, sei notwendig.

Hierfür sei die stationäre Ausstattung eines Krankenhauses unabdingbar. Das Sozialgericht habe den Umstand übersehen, dass in Fällen der früheren Wendung bereits vor Behandlungsbeginn eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit vorliege, um gegebenenfalls für einen notwendigen Kaiserschnitt ausreichend ausgerüstet zu sein. Die frühere Wendung könne überhaupt nur durchgeführt werden, wenn die Ausstattung eines Krankenhauses zur Verfügung stehe, denn die insoweit geforderte OP-Bereitschaft innerhalb von 20 Minuten nach Eintritt des Notfalls zur Durchführung des Kaiserschnitts könne ausschließlich im Krankenhaus sichergestellt werden. Damit dürfe aber auch nach der Rechtsprechung des BSG die stationäre Behandlung abgerechnet werden.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts vom 23. Januar 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 674,41 EUR nebst 5 % Zinsen seit dem 23. April 2015 sowie die Aufwandspauschale gemäß [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) i.H.v. 300 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend und ist der Auffassung, maßgeblich sei nicht, ob die Behandlung nur mit den Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden könne, sondern, neben der Dauer der Behandlung in welchem Umfang die Infrastruktur des Krankenhauses in Anspruch genommen worden sei. Ausgehend vom konkreten Behandlungsplan sei vorliegend lediglich ein ambulanter Eingriff vorgenommen worden. Dieser hätte lediglich beim Eintritt von Komplikationen in einen stationären umschlagen können. Eine intensivmedizinische Behandlung sei weder geplant gewesen, noch sei sie in Anspruch genommen worden.

Der Senat hat in der mündlichen Verhandlung vom 19. Dezember 2019 Beweis erhoben durch Anhörung des Gynäkologen Dr. T. als Sachverständigen. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Sitzungsniederschrift Bezug genommen.

Hinsichtlich des weiteren Vorbringens der Beteiligten und des Sachverhalts im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der ausweislich der Sitzungsniederschrift vom 19. Dezember 2019 zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemachten Akten und Unterlagen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist statthaft ([§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) und auch im

Äußerungen zulässig, insbesondere ist sie form- und fristgerecht ([Â§ 151 SGG](#)) eingelegt worden. Sie ist auch begründet.

Rechtsgrundlage des zulässig mit der echten Leistungsklage nach [Â§ 54 Abs. 5 SGG](#) geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [Â§ 109 Abs. 4 S. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), [Â§ 17b Abs. 1 S. 10](#)

Krankenhausfinanzierungsgesetz und [Â§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1](#), [Â§ 9 Abs. 1 Nr. 1](#) Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in Verbindung mit der hier maßgeblichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2014 sowie dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Vertrag Allgemeine Bedingungen Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002 zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e.V. und u.a. der Beklagten (Vertrag nach [Â§ 112 SGB V](#)). Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [Â§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich ist (BSG, Urteil vom 18.09.2008 – [B 3 KR 15/07 R](#) – juris).

Das ist hier der Fall, denn es hat eine vollstationäre Krankenhausbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus stattgefunden, die auch erforderlich war.

Welche Leistungen eine Krankenhausbehandlung umfassen muss, ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. Aus der in [Â§ 107 Abs. 1 SGB V](#) enthaltenen Umschreibung der Krankenhäuser in organisatorischer Hinsicht, wonach die Krankenbehandlung vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung zu erfolgen hat, lässt sich jedoch der Schluss ziehen, dass diese die wesentlichen Leistungen eines Krankenhauses darstellen, wobei die intensive, aktive und fortdauernde ärztliche Betreuung im Vordergrund steht und die Pflege in aller Regel untergeordnet ist (BSG, Urteil vom 28.02.2007 – [B 3 KR 17/06 R](#) – juris). Gemäß [Â§ 39 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Wann eine Krankenhausbehandlung vollstationär erfolgt, wird im Gesetz ebenfalls nicht definiert. Die stationäre Krankenhausbehandlung zeichnet sich aber gegenüber der ambulanten Versorgung durch eine besondere Intensität der Betreuung aus, und zwar sowohl in zeitlicher als auch in sachlicher Hinsicht. In sachlicher Hinsicht erfordert die stationäre Krankenhausbehandlung die physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses mit den Interventionsmöglichkeiten, die bei ambulanter Behandlung nicht gegeben sind. In zeitlicher Hinsicht darf sich die stationäre Betreuung nicht nur auf einen unbedeutenden Teil des Tages beschränken (Wahl in *JurisPK-SGB V*, 2. Aufl., [Â§ 39 Rn. 30](#)). Das BSG hat insoweit zur Abgrenzung ambulant und stationär erbrachter Operationen in einem Krankenhaus darauf abgestellt, dass eine vollstationäre Versorgung augenfällig jedenfalls dann vorliege, wenn sich die physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstrecke. Dabei werde die Entscheidung zum Verbleib des Patienten über Nacht in der Regel zu Beginn der Behandlung vom

Krankenhausarzt getroffen, könne aber im Einzelfall, z.B. bei Komplikationen, auch noch später erfolgen (BSG, Urteil vom 04.03.2004 – B 3 KR 4/03 R; BSG, Urteil vom 08.09.2004 – B 6 KA 14/03 R; beide Juris; BSG, Urteil vom 28.02.2007, a.a.O.).

Entgegen der Auffassung der Beklagten schließt vorliegend die Aufenthaltsdauer der Versicherten in der Klinik der Klägerin von knapp 6 Stunden eine vollstationäre Behandlung nicht von vornherein aus, denn eine 24stündige Mindestaufenthaltsdauer des Patienten im Krankenhaus ist hierfür nicht Voraussetzung. Auch aus der Rechtsprechung des BSG lässt sich eine derartige starre Mindestaufenthaltsdauer nicht entnehmen. Bei seiner Abgrenzung der stationären von der ambulanten Behandlung hat das BSG vielmehr nur eine besonders "augenfällige" Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses angenommen, sofern der Aufenthalt über Nacht andauert (BSG, Urteil vom 04.03.2004, a.a.O., Rn. 27), ebenso aber eingeräumt, dass es auch weniger augenfällige Sachverhalte einer vollstationären Behandlung geben könne, zumal einige Fallpauschalen exakt für die Behandlung an einem Behandlungstag kalkuliert worden seien (BSG, Urteil vom 28.02.2007, a.a.O., Rn. 17 f.). Des Weiteren hat das BSG ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Abstellen auf eine Aufenthaltsdauer von mindestens einem Tag und einer Nacht weniger geeignet sei, wenn es nicht um die Abgrenzung eines stationären Eingriffs vom ambulanten Operieren geht, sondern – wie hier – um die Abgrenzung einer nicht operativen stationären Behandlung von einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus, etwa bei einer Notfallversorgung. Zwar sei auch hier die vollständige Eingliederung in den Krankenhausbetrieb und damit das Vorliegen einer stationären Behandlung augenfällig, wenn der Patient mindestens einen Tag und eine Nacht bleibe. Sei dies nicht der Fall, folge daraus aber nicht im Gegenschluss, dass es sich nur um eine ambulante Behandlung handeln könne. Entscheidend komme es hier vielmehr darauf an, ob der Patient die Infrastruktur des Krankenhauses – also insbesondere die typische intensive ärztliche Betreuung sowie die Hilfe von jederzeit verfügbarem Pflegepersonal – in Anspruch genommen habe (BSG, Urteil vom 28.02.2007, a.a.O., Rn. 17 f.). Dies ist hier nach Auffassung des Senats nach dem Ergebnis der mündlichen Verhandlung der Fall.

Zwischen den Beteiligten ist unstrittig, dass die äußere Wendung bei Beckenendlage, bei welcher durch äußere Manipulation am Bauch der Schwangeren manuell versucht wird, das Kind in die "richtige" Geburtsposition, also die Schädellage, zu wenden, ein potentiell mit hohen Risiken behafteter Vorgang ist, der in niedergelassenen Arztpraxen aus diesem Grund nicht durchgeführt wird. Die von der Klägerin benannten und auch von der Beklagten nicht in Abrede gestellten Risiken sind insbesondere – Abfall der Herzfrequenz des Kindes und/ oder der Mutter – Atemnot der Mutter bis hin zum Kreislaufstillstand – Plazentaablösung und/ oder Plazentariss – Platzen der Fruchtblase – Nabelschnurstrangulation des Kindes

Es steht weiterhin nicht im Streit, dass diese Risiken selten auftreten, bzw. selten in einem Umfang persistieren, der ein schnelles Handeln erfordert. Wenn dieser

Umstand allerdings eintritt, ist $\hat{=}$ und auch das ist unstrittig $\hat{=}$ die Durchf $\frac{1}{4}$ hrung eines Kaiserschnitts binnen 20 Minuten erforderlich. Der Sachverst $\frac{1}{4}$ ndige hat in der m $\frac{1}{4}$ ndlichen Verhandlung ausgef $\frac{1}{4}$ hrt, dass es in 5-10 % der Eingriffe zu Komplikationen komme, eine Notsectio sei in weniger als 5% der Eingriffe einzuleiten. Da diese wenigen F $\frac{1}{4}$ lle aber eine sofortige operative Intervention ben $\frac{1}{4}$ tigten und weil vorher nicht absehbar sei, bei welcher Patientin sich dieses Risiko realisiere, sei bei jedem Wenderversuch der an den Krei $\frac{1}{4}$ saal angeschlossenen OP-Saal freizuhalten und es habe dort ein komplettes Sectio-OP-Team zur Verf $\frac{1}{4}$ gung zu stehen. Die KI $\frac{1}{4}$ gerin hat hierzu ausgef $\frac{1}{4}$ hrt, der neben dem Krei $\frac{1}{4}$ saal befindliche OP-Raum werde hierf $\frac{1}{4}$ r geblockt, es k $\frac{1}{4}$ nnnten also keine geplanten OPs zu dieser Zeit stattfinden, Notoperationen aus der eigenen Geburtsstation, die in dieser Zeit eintr $\frac{1}{4}$ xten, m $\frac{1}{4}$ ssten in einem anderen OP-Raum und von einem anderen Team durchgef $\frac{1}{4}$ hrt werden, Anrufe auf Versorgung von au $\frac{1}{4}$ en w $\frac{1}{4}$ rde man in dieser Zeit an andere Krankenh $\frac{1}{4}$ xuser verweisen, da der Saal gesperrt sei. Bevor diese Ressourcen zur Verf $\frac{1}{4}$ gung st $\frac{1}{4}$ nden, werde mit der $\frac{1}{4}$ u $\frac{1}{4}$ eren Wendung nicht begonnen. Aus diesem Grund w $\frac{1}{4}$ rden diese Eingriffe auch stets auf den Nachmittag gelegt, da am Vormittag in der Regel geplante Sectiones stattf $\frac{1}{4}$ nden. Auch dies wird von der Beklagten nicht in Abrede gestellt.

Sei das nach dem Wenderversuch bzw. der erfolgreichen Wendung geschriebene CTG in Ordnung, werde die Patientin dann unter Vereinbarung eines weiteren Contoll-CTG am n $\frac{1}{4}$ xsten Morgen noch abends entlassen, sofern sie dies w $\frac{1}{4}$ nsche und eine ausreichende Compliance aufweise, um sich bei Beschwerden sofort wieder im Krankenhaus einzufinden. Grunds $\frac{1}{4}$ tzlich k $\frac{1}{4}$ nnne es bei dem Eingriff n $\frac{1}{4}$ mlich durchaus noch zu Sp $\frac{1}{4}$ tkomplikationen in der Nacht kommen, weshalb viele Patientinnen auch die Nacht im Krankenhaus verbr $\frac{1}{4}$ chten. Der Sachverst $\frac{1}{4}$ ndige hat insoweit ausgef $\frac{1}{4}$ hrt, er wisse wenigstens von einem der zwei Hamburger Krankenh $\frac{1}{4}$ xuser, in denen die $\frac{1}{4}$ u $\frac{1}{4}$ ere Wendung durchgef $\frac{1}{4}$ hrt werde, dass ein Verbleib der Patientinnen $\frac{1}{4}$ ber Nacht $\frac{1}{4}$ blich sei.

Bei dieser im Wesentlichen unstrittigen Sachlage erweist sich, dass der Eingriff zur $\frac{1}{4}$ berzeugung des Senats auch bei einer Entlassung der Patientin am Tag der Behandlung nicht ambulant, sondern vielmehr unter vollstation $\frac{1}{4}$ ren Bedingungen ausgef $\frac{1}{4}$ hrt wird. Das BSG hat im Fall einer wenn auch nur kurzzeitigen Aufnahme eines Patienten auf eine Intensivstation ausgef $\frac{1}{4}$ hrt:

"Der Aufenthalt auf einer Intensivstation stellt deshalb die nachhaltigste Form der Einbindung in einen Krankenhausbetrieb und damit den Prototyp einer station $\frac{1}{4}$ ren Behandlung dar. Eine ambulante intensivmedizinische Behandlung, wie sie der Beklagten vorzuschweben scheint, ist schon begrifflich kaum vorstellbar, denn mit dem Wort "ambulant" (von lat "ambulare" = hin- und hergehen) wird klassisch die $\frac{1}{4}$ rtliche Krankenbehandlung ohne station $\frac{1}{4}$ re Aufnahme bezeichnet, w $\frac{1}{4}$ hrend die Behandlung auf einer Intensivstation gerade auf das Gegenteil gerichtet ist $\hat{=}$ n $\frac{1}{4}$ mlich die station $\frac{1}{4}$ re (von lat "statio" = Stillstehen) Behandlung einer meist lebensbedrohlichen Erkrankung in der besonderen medizinisch-organisatorischen Infrastruktur eines hoch entwickelten Klinikbetriebes." (BSG, Urteil vom 28. Februar 2007 $\hat{=}$ [B 3 KR 17/06 R](#) $\hat{=}$, [SozR 4-2500 \$\hat{=}\$ 39 Nr 8](#), Rn. 16 $\hat{=}$ 19)

Vergleichbares gilt nach Auffassung des Senats in einem Fall wie dem vorliegenden, in welchem die medizinisch-organisatorische Infrastruktur eines Prototyps stationärer Behandlung der Durchführung einer Notsektion hergestellt und für die Dauer der Behandlung aufrechterhalten wird mag auch die Patientin im Idealfall (der zugleich der Regelfall ist) hiervon überhaupt nichts bemerken. Die besonderen Vorkehrungen, die für eine Sectiobereitschaft zu treffen sind (Blockierung des an den Kreißaal angeschlossenen OP-Saales nebst Bereitstellung eines kompletten OP-Teams) sind bereits vor bzw. bei Aufnahme der Patientin in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen, so dass die Patientin in den Krankenhausbetrieb unter Verbrauch der hierfür spezifischen vollstationären Ressourcen eingegliedert wird und die spezifischen Leistungen, die nur im Krankenhaus erbracht werden können, für die Patientin und nur für diese vorgehalten werden. Der nach außen hin aus Sicht der Patientin eher ambulante Charakter der Maßnahme wird durch die im Hintergrund ausschließlich für sie bereitgestellte Infrastruktur eines hochentwickelten Klinikbetriebes überlagert und begründet auch im Falle der Entlassung der Patientin vor Mitternacht eine stationäre Aufnahme.

Es liegt auch weder ein Fall der teilstationären noch der vorstationären Behandlung vor. Zur teilstationären Behandlung hat das BSG in der grundlegenden Entscheidung von 2004 ausgeführt: "Bei der teilstationären Behandlung ist die Inanspruchnahme des Krankenhauses zwar ebenfalls zeitlich beschränkt. Diese Form der stationären Behandlung erfolgt insbesondere bei Unterbringung der Patienten in Tages- und Nachtkliniken (Gräfenwald, WzS 1994, 78, 79; Schmidt in Peters, aaO, [Â§ 39 SGB V](#) RdNr 133; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Â§ 39 RdNr 49; Vreden, KH 1998, 333, 334; Schomburg, SVFang 2001, Nr 126, 25, 28). Bedeutsam ist die teilstationäre Versorgung vor allem auf dem Gebiet der Psychiatrie, sie findet aber auch bei somatischen Erkrankungen, bei krankhaften Schlafstörungen (Schlafapnoe) oder im Bereich der Geriatrie statt (Gräfenwald, WzS 1994, 78, 80; Schmidt in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, [Â§ 39 SGB V](#) RdNr 134, Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Â§ 39 RdNr 50). Kennzeichnend ist hier eine zeitliche Beschränkung auf die Behandlung tagsüber, bei der die Nacht zu Hause verbracht wird (Tageskliniken), oder auf die Behandlung abends und nachts, bei der der Patient sich tagsüber in seinem normalen Umfeld bewegt (Nachtkliniken). Aus der zeitlichen Beschränkung und den praktischen Anwendungsbereichen wird erkennbar, dass die teilstationäre Behandlung zwar keine "Rund-um-die-Uhr-Versorgung" der Patienten darstellt, sich die Behandlung aber auch nicht im Wesentlichen im Rahmen eines Tagesaufenthalts im Krankenhaus erschöpft. Vielmehr erstrecken sich teilstationäre Krankenhausbehandlungen auf Grund der im Vordergrund stehenden Krankheitsbilder regelmäßig über einen längeren Zeitraum, wobei allerdings die medizinisch-organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses benötigt wird, ohne dass eine ununterbrochene Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus notwendig ist (ähnlich Schomburg, SVFang 2001, Nr 126, 25, 28). Einen Sonderfall stellen Behandlungen dar, die in der Regel nicht täglich, wohl aber in mehr oder weniger kurzen Intervallen erfolgen, wie es zB bei vielen Dialysepatienten der Fall ist, die zwar nicht jeden Tag, aber mehrmals in der Woche für einige Stunden im Krankenhaus versorgt werden. Eine derartige Form der Behandlung stellt einen Grenzfall zwischen teilstationärer und ambulanter

Krankenhausbehandlung dar (Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Â§ 39 RdNr 48), der in der Praxis nicht selten als teilstationäre eingestuft wird (so auch noch der zum 1. Januar 2004 gestrichene [Â§ 14 Abs 2 Satz 4 BPfIV](#)), nach vorstehender Definition aber zur ambulanten Behandlung zu zählen sein dürfte (so tendenziell bereits [BSGE 47, 285, 286 = SozR 2200 Â§ 185b Nr 6](#); vgl nunmehr auch [Â§ 2 Abs. 2 Satz 3 BPfIV](#) in seiner zum 1. Januar 2004 durch das Gesetz vom 23. April 2002, [BGBl I 1412](#) geänderten Fassung)." (BSG, Urteil vom 04. März 2004 â€‹ [B 3 KR 4/03 R](#) â€‹, juris Rn. 28).

Hieraus wird deutlich, dass eine teilstationäre Behandlung ein besonderes Behandlungskonzept mit einer vorherigen entsprechenden Planung einer Kurzzeit- bzw. Intervallbehandlung voraussetzt (bestätigt durch BSG, Urteil vom 28. Februar 2007 â€‹ [B 3 KR 17/06 R](#), juris Rn. 21), das hier fraglos nicht gegeben war.

Auch eine vorstationäre Behandlung liegt nicht vor. Diese ist gekennzeichnet durch die in [Â§ 115a SGB V](#) genannte Zweckbindung "um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären". Sie stellt keine selbständige Behandlungsform dar, sondern ist begrifflich wie inhaltlich untrennbar mit einer nachfolgenden vollstationären Krankenhausbehandlung verknüpft. Sie darf nur eingesetzt werden, wenn damit eines der im Gesetz genannten Ziele verfolgt werden soll. Eine vorstationäre Behandlung ist zulässig, wenn entweder die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung geklärt oder wenn eine bevorstehende vollstationäre Krankenhausbehandlung vorbereitet werden soll. Entscheidend ist, dass diese Zweckbindung bei Einleitung der Behandlung vorliegt (Steege in: Hauck/Noftz, SGB, 11/17, Â§ 115a SGB V, Rn. 7). Das ist hier nicht der Fall, es soll nicht geklärt werden, ob eine stationäre Behandlung notwendig wird. Ziel der Aufnahme ist vielmehr ausschließlich der Wenderversuch und die daran bzw. an die Überwachungsphase sich möglichst unverzüglich wieder anschließende Entlassung. Dass die Versicherte in aller Regel später wieder stationär â€‹ zur vaginalen Entbindung oder zum Kaiserschnitt â€‹ aufgenommen werden muss, ist auch nicht in diesem Rahmen zu klären, sondern ergibt sich aus der Natur der Sache und steht vor der Aufnahme zum Wenderversuch schon fest. Tritt eine Notsituation ein und es wird eine Sectio erforderlich, so ist dies auch kein Fall einer "Klärung" durch die vorherige Aufnahme zum Wenderversuch, schon deshalb, weil ohne diesen Versuch die Notsituation nicht eingetreten wäre und weil eine solche nicht "Zweck" der Aufnahme ist, sondern vielmehr möglichst vermieden werden soll.

Handelt es sich damit um eine stationäre Behandlung, so war die erstinstanzliche Entscheidung aufzuheben und die Beklagte antragsgemäß zu verurteilen.

Der Zinsanspruch folgt aus Â§ 12, 14 des Hamburger Vertrages über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002, der Anspruch auf die Aufwandspauschale aus [Â§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#), dessen Voraussetzungen auch vorliegen, wenn sich erst im Laufe des Gerichtsverfahrens ergibt, dass die Abrechnung ordnungsgemäß erfolgte (BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 â€‹ [B 1 KR 24/14 R](#), juris).

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [Â§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung gemäß [Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen, da die Einzelheiten der Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung bei Aufenthalt des Patienten deutlich unterhalb von 24 Stunden in der höchststrichterlichen Rechtsprechung noch nicht abschließend geklärt sind.

Erstellt am: 27.02.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024