S 17 KR 101/01

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	3
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung Krankenhausbehandlung Abgrenzung von vollstationärer teilstationärer und ambulanter Behandlung bereicherungsrechtliche Forderung wegen Durchführung einer ambulanten Operation Anspruch auf Prozesszinsen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis Fälligkeit Prozesszinsen Bereicherungsanspruch
Leitsätze	1. Zur Abgrenzung von vollstationärer teilstationärer und ambulanter Behandlung im Krankenhaus. 2. Die bereicherungsrechtliche Forderung eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse wegen Durchführung einer ambulanten Operation unterliegt dem Anspruch auf Prozesszinsen.
Normenkette	SGB V § 39 Abs 1 S 1 F: 1992-12-21 SGB V § 39 Abs 1 S 2 F: 1992-12-21 SGB V § 39 Abs 1 S 3 F: 1992-12-21 SGB V § 109 Abs 4 S 3 SGB V § 115b Abs 1 S 1 Nr 1 F: 1992-12-21 SGB V § 301 Abs 1 SGB V § 303 Abs 3 S 1 BPflV 1994 § 1 Abs 1 KHG § 2 Nr 4 KHG § 4 Nr 2 KHG § 16 KHG § 17 BGB § 288 Abs 1 F: 2000-03-30

	BGB § 291 F: 2000-03-30 BGB § 812 Abs 1 Alt 1 SGG § 54 Abs 5 SGG § 94

1. Instanz

Aktenzeichen	S 17 KR 101/01
Datum	24.05.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 61/02
Datum	10.12.2002

3. Instanz

Datum	04.03.2004

Auf die Revision des KlÃ¤gers werden die Urteile des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 10. Dezember 2002 und des Sozialgerichts Kiel vom 24. Mai 2002 geÃ¤ndert. Die Beklagte wird verurteilt, an den KlÃ¤ger Zinsen in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz ab 24. Februar 2001 auf 339,16 Euro zu zah- len. Im Ãbrigen wird die Revision zurÃ¼ckgewiesen, soweit der Rechtsstreit nicht durch das Teilanerkenntnis der Beklagten erledigt ist. Die Kosten des Rechtsstreits werden gegeneinander aufgehoben.

GrÃ¼nde:

I

Am 14. Oktober 1998 wurden einer damals 14 Jahre alten Versicherten der beklagten Krankenkasse (KK) in der vom klagenden KrankenhaustrÃ¤ger betriebenen Klinik fÃ¼r Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Kiel die retinierten und verlagerten WeisheitszÃ¤hne operativ entfernt. Nach komplikationslosem Verlauf wurde die Versicherte noch am selben Tag wieder entlassen. Der Klinikaufenthalt dauerte von 7.00 bis 17.00 Uhr. FÃ¼r die Behandlung stellte der KlÃ¤ger der Beklagten den Fachabteilungspflegesatz in HÃ¶he von 912,20 DM und den Basispflegesatz fÃ¼r eine vollstationÃ¤re Behandlung in HÃ¶he von 165,55 DM, insgesamt also 1.077,75 DM (jetzt: 551,04 Â¤), in Rechnung. Die Beklagte erklÃ¤rte sich aber nur bereit, die Behandlung als ambulante Operation zu vergÃ¼ten und bat um eine entsprechend spezifizierte neue Rechnung. Der KlÃ¤ger lehnte dies ab und machte geltend, die vier WeisheitszÃ¤hne wÃ¼rden in solchen FÃ¤llen zwar regelmÃ¤Ãig durch niedergelassene Kieferchirurgen in zwei ambulanten Behandlungen unter LokalanÃ¤sthesie entfernt. Wegen groÃer Ãngstlichkeit der Versicherten sei aber eine ambulante Behandlung in LokalanÃ¤sthesie nicht mÃ¶glich gewesen. Der Versicherten seien daher nach PrÃ¤medikation in DÃ¤mmerschlafnarkose mit zusÃ¤tzlicher Ã¶rtlicher BetÃ¤ubung die vier WeisheitszÃ¤hne entfernt worden. Die postoperative IntensivÃ¼berwachung auf

der Station habe sechs Stunden gedauert. Dies stelle einen stationÃ¤ren Eingriff mit GewÃ¤hrung von Krankenhauspflege, IntensivÃ¼berwachung und Ã¤rztlicher Behandlung dar.

Die Beklagte hielt demgegenÃ¼ber an ihrer Auffassung fest, dass nur eine ambulante Operation stattgefunden habe. Eine stationÃ¤re Behandlung erfordere einen Tag- und Nachtaufenthalt des Patienten.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage mit Urteil vom 24. Mai 2002 abgewiesen. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung des KlÃ¤gers mit Urteil vom 10. Dezember 2002 zurÃ¼ckgewiesen. Beide Gerichte haben die DurchfÃ¼hrung einer stationÃ¤ren Behandlung verneint, weil die Patientin nicht Ã¼ber Nacht in der Klinik verblieben sei. Es handele sich â so das LSG â um eine Operation, die in den Katalog der nach Â§ 115b FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) von KrankenhÃ¤usern ambulant durchfÃ¼hrbaren Operationen aufgenommen worden sei, und deshalb bestehe eine rechtliche und tatsÃ¤chliche Vermutung dafÃ¼r, dass der Eingriff habe ambulant erbracht werden kÃ¶nnen und auch ambulant erbracht worden sei. Der KlÃ¤ger habe nicht dargetan, dass eine ambulante Behandlung nicht hinreichend gewesen sei. Die Einstufung als zumindest teilstationÃ¤re Behandlung komme nicht in Betracht, weil es am Einsatz spezifischer Mittel des Krankenhauses fehle, Ã¼ber die eine Praxis eines niedergelassenen Arztes, die fÃ¼r ambulante Operationen dieser Art eingerichtet sei, nicht verfÃ¼ge. Die VergÃ¼tung der Behandlung als ambulante Operation scheitere â so das SG â daran, dass der KlÃ¤ger die nach Â§ 115b Abs 2 Satz 2 SGB V notwendige Mitteilung Ã¼ber die Teilnahme am Programm fÃ¼r das ambulante Operieren im Krankenhaus bisher nicht abgegeben habe (S 13 des SG-Urteils).

Der KlÃ¤ger rÃ¼gt mit der Revision eine Verletzung des Â§ 39 Abs 1 SGB V sowie des Â§ 1 Abs 1 Bundespflegesatzverordnung (BPflV). Er macht geltend, es komme nicht darauf an, ob ein solcher Eingriff auch ambulant in der Praxis eines niedergelassenen Arztes hÃ¤tte durchgefÃ¼hrt werden kÃ¶nnen. FÃ¼r eine stationÃ¤re Behandlung sei entscheidend, dass der Patient in das Versorgungssystem des Krankenhauses eingegliedert werde. Dies geschehe mit der Entscheidung des Arztes zur stationÃ¤ren Aufnahme, wie sie hier (mit Zuweisung eines Bettes in der Station III) vorgelegen habe.

Im Revisionsverfahren hat die Beklagte anerkannt, fÃ¼r die Behandlung entsprechend einer vertraglichen VergÃ¼tung fÃ¼r eine ambulante Operation einen Betrag von 339,16 Â¤ (663,32 DM) zu zahlen; der KlÃ¤ger hat das Teilanerkenntnis angenommen.

Der KlÃ¤ger beantragt,
das Urteil des Schleswig-Holsteinischen LSG vom 10. Dezember 2002 sowie das Urteil des SG Kiel vom 24. Mai 2002 zu Ã¤ndern und die Beklagte zu verurteilen, weitere 211,88 Â¤ nebst vertraglicher Zinsen auf 551,04 Â¤, hilfsweise Prozesszinsen zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das Urteil des LSG fÃ¼r zutreffend.

II

Die Revision des KlÃ¤gers ist unbegrÃ¼ndet, soweit die Hauptsache nicht durch das angenommene Teilanerkenntnis gemÃ¤Ã Â§ 101 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erledigt worden ist, das Klagebegehren also den Ã¼ber den anerkannten Betrag von 339,16 Â¤ hinausgehenden Zahlungsanspruch betrifft. Hinsichtlich des Zinsanspruchs erweist sich die Revision fÃ¼r die Zeit ab RechtshÃ¤ngigkeit der Klageforderung in der anerkannten HÃ¶he als begrÃ¼ndet.

1. Die auch in der Revisionsinstanz von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen liegen vor.

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach Â§ 54 Abs 5 SGG zulÃ¤ssig. Bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines KrankenhaustrÃ¤gers gegen eine KK geht es um einen sog Parteienstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSGE 86, 166, 167 f = SozR 3-2500 Â§ 112 Nr 1; BSGE 90, 1 f = SozR 3-2500 Â§ 112 Nr 3). Dies gilt unabhÃ¤ngig davon, ob der Zahlungsanspruch auf eine vertragliche Rechtsgrundlage oder auf Bereichungsrecht gestÃ¼tzt wird. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzufÃ¼hren, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

2. Die Klage ist aber unbegrÃ¼ndet. Der KlÃ¤ger ist als Rechtsnachfolger zur Geltendmachung der Forderung allerdings aktivlegitimiert. Der Zahlungsanspruch betrifft einen Behandlungsfall vom 14. Oktober 1998. Zu jener Zeit war noch das Land Schleswig-Holstein TrÃ¤ger des zur Christian-Albrechts-UniversitÃ¤t zu Kiel gehÃ¶renden Klinikums und der darin integrierten Klinik fÃ¼r Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, in der die Behandlung stattgefunden hat. Durch das "Gesetz zur Neuordnung der UniversitÃ¤tsklinika (Ãnderung des Hochschulgesetzes)" vom 28. Oktober 1998 (GVOBl Schl-H S 313) wurden die UniversitÃ¤tskliniken in Kiel und LÃ¼beck zu eigenstÃ¤ndigen rechtsfÃ¤higen Anstalten des Ã¶ffentlichen Rechts erhoben (Â§ 135 Abs 1 Hochschulgesetz (HSG) in der ab 1. Januar 1999 geltenden Fassung). Die bis dahin dem Land Schleswig-Holstein zustehenden Rechte und Pflichten als KrankenhaustrÃ¤ger wurden zum 1. Januar 1999 an die UniversitÃ¤tskliniken in ihrer Rechtsform als rechtsfÃ¤hige Anstalten des Ã¶ffentlichen Rechts abgetreten bzw von diesen Ã¼bernommen (Â§ 135 Abs 3 und 4 HSG). Die Klage vom 20. Februar 2001 ist deshalb zunÃ¤chst durch das UniversitÃ¤tsklinikum Kiel als RechtstrÃ¤ger erhoben worden. Durch das "Gesetz zur Errichtung des UniversitÃ¤tsklinikums Schleswig-Holstein und zur Ãnderung des Hochschulgesetzes" vom 12. Dezember 2002 (GVOBl Schl-H S 240) sind die als rechtsfÃ¤hige Anstalten des Ã¶ffentlichen Rechts errichteten Kliniken an der Christian-Albrechts-UniversitÃ¤t zu Kiel und an der UniversitÃ¤t zu LÃ¼beck aufgehoben worden (Art 1 Abs 2 Satz 2). Zugleich ist der KlÃ¤ger als rechtsfÃ¤hige Anstalt des Ã¶ffentlichen Rechts errichtet worden; er besteht aus den beiden

UniversitÃ¤tskliniken (Art 1 Abs 1) und trat zum 1. Januar 2003 in sÃ¤mtliche Rechte und Pflichten der beiden aufgehobenen Anstalten des Ã¶ffentlichen Rechts ein (Art 1 Abs 2 Satz 2; vgl auch Â§ 118 HSG). Der KlÃ¤ger ist danach auch prozessual als Rechtsnachfolger in das laufende Verfahren eingetreten.

3. Dem KlÃ¤ger steht ein Ã¼bergegangener vertraglicher VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r die Behandlung der Versicherten am 14. Oktober 1998 nicht zu, weil eine stationÃ¤re oder teilstationÃ¤re Behandlung nicht stattgefunden hat. Auf die Frage, ob eine stationÃ¤re Behandlung erforderlich war, kommt es danach nicht an.

a) Rechtsgrundlage des VergÃ¼tungsanspruchs eines zugelassenen Krankenhauses fÃ¼r eine stationÃ¤re Behandlung ist Â§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V. Die Zulassung der vom KlÃ¤ger betriebenen Hochschulklinik zur stationÃ¤ren Behandlung von Versicherten der gesetzlichen KKn folgt aus Â§ 108 Nr 1 SGB V. Wie der Senat bereits mehrfach ausgefÃ¼hrt hat, entsteht die Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen KK unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 Â§ 112 Nr 1; BSGE 90, 1, 2 = SozR 3-2500 Â§ 112 Nr 3). Der Behandlungspflicht der zugelassenen KrankenhÃ¤user iS des Â§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V steht ein VergÃ¼tungsanspruch gegenÃ¼ber, der auf der Grundlage der gesetzlichen ErmÃ¤chtigung in den Â§Â§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach MaÃgabe der â vorliegend in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung anzuwendenden â BPflV in der Pflegesatzvereinbarung zwischen KK und KrankenhaustrÃ¤gern festgelegt wird (vgl Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, SGB V, Bd 3, Stand 1. Oktober 2001, Â§ 109 RdNr 10).

Der KlÃ¤ger kann die abgerechneten tagesgleichen PflegesÃ¤tze (Abteilungspflegesatz Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Basispflegesatz) nicht beanspruchen. Grundvoraussetzung fÃ¼r den VergÃ¼tungsanspruch eines Krankenhauses nach MaÃgabe der Vorschriften des KHG und der BPflV ist, dass eine voll- oder teilstationÃ¤re Behandlung stattgefunden hat. Denn das Pflegesatzrecht und damit die ErlÃ¶se aus den PflegesÃ¤tzen nach Â§ 4 Nr 2 KHG beziehen sich nur auf die stationÃ¤ren und teilstationÃ¤ren Leistungen des Krankenhauses (Â§ 2 Nr 4 KHG). Damit Ã¼bereinstimmend regelt auch Â§ 1 Abs 1 BPflV, dass nur die voll- und teilstationÃ¤ren Leistungen der KrankenhÃ¤user nach der BPflV vergÃ¼tet werden. Liegt eine ambulante Krankenhausbehandlung vor, scheidet eine auf die Vorschriften des KHG und der BPflV gestÃ¼tzte VergÃ¼tung aus.

b) Die maÃgebenden Merkmale fÃ¼r eine stationÃ¤re und teilstationÃ¤re Behandlung gibt das Gesetz aber weder bei den VergÃ¼tungsregelungen noch bei den Regelungen Ã¼ber die LeistungsansprÃ¼che des Versicherten in den Â§Â§ 39 ff SGB V vor.

Nach Â§ 39 Abs 1 Satz 1 SGB V idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266) wird die Krankenhausbehandlung vollstationÃ¤r, teilstationÃ¤r, vor- und nachstationÃ¤r (Â§ 115a SGB V) sowie ambulant (Â§ 115b

SGB V) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationÃ¤re Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach PrÃ¼fung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationÃ¤re, vor- und nachstationÃ¤re oder ambulante Behandlung einschlieÃlich hÃ¤uslicher Krankenpflege erreicht werden kann (Â§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V). Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit fÃ¼r die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere Ã¤rztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationÃ¤re Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frÃ¼hestmÃ¶glichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur FrÃ¼hrehabilitation (Â§ 39 Abs 1 Satz 3 SGB V). Eine Definition des Begriffs "stationÃ¤re Krankenhausbehandlung" findet sich damit nicht, sondern nur eine Leistungsumschreibung.

Diese Leistungsumschreibung reichte in der Vergangenheit aus, um stationÃ¤re Leistungen von ambulanten Leistungen abzugrenzen, weil ambulante Operationen in der Praxis eines niedergelassenen Arztes praktisch nicht mÃ¶glich waren; Ã¼ber die dafÃ¼r erforderlichen rÃ¤umlichen Voraussetzungen (OperationsstÃ¼hle oder -tische, sterile RÃ¤ume, Ruhebetten) sowie die personellen Voraussetzungen (AnÃ¤sthesie-Facharzt und entsprechend geschultes Personal) verfÃ¼gten typischerweise nur KrankenhÃ¤user, in denen die Patienten regelmÃ¤Ãig auch Ã¼ber Nacht verblieben und verpflegt wurden â soweit dies zutrÃ¤glich war. Das hat sich aber mit der Verbreitung des ambulanten Operierens durch niedergelassene Ãrzte und die EinfÃ¼hrung dieser MÃ¶glichkeit auch in KrankenhÃ¤usern geÃ¤ndert.

Die DurchfÃ¼hrung ambulanter Operationen im Krankenhaus ist auf der Grundlage des durch Art 1 Nr 71 GSG eingefÃ¼hrten Â§ 115b SGB V erst zum 1. Januar 1993 ermÃ¶glicht worden. Danach sind die KrankenhÃ¤user zur ambulanten Erbringung der in dem Katalog gemÃ¤Ã Abs 1 Satz 1 Nr 1 dieser Vorschrift genannten Operationen zugelassen, wobei es hierzu einer Mitteilung des Krankenhauses an die KKn auf Landesebene, an die KassenÃ¤rztliche Vereinigung sowie an den Zulassungsausschuss bedarf. Die Zulassung wird erst durch die Mitteilung nach Â§ 115b Abs 2 Satz 2 SGB V wirksam, und zwar im Umfang der darin aufgefÃ¼hrten Operationen (BSG SozR 3-2500 Â§ 116 Nr 19).

Dem in Â§ 115b Abs 1 Nr 1 SGB V enthaltenen Auftrag zur Vereinbarung eines Katalogs ambulant durchfÃ¼hrbarer Operationen sind die SpitzenverbÃ¤nde der KKn, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die KassenÃ¤rztliche Bundesvereinigung erstmals mit dem am 1. April 1993 in Kraft getretenen Vertrag Ã¼ber das ambulante Operieren im Krankenhaus vom 22. MÃ¤rz 1993 (DÃ 1993, Heft 27, C-1293) nachgekommen. In Â§ 3 des dreiseitigen Vertrags ist bestimmt, dass der Katalog ambulant durchfÃ¼hrbarer Operationsleistungen aus den im Einheitlichen BewertungsmaÃstab (EBM) aufgefÃ¼hrten ambulanten Operationen und ambulanten AnÃ¤sthesien (Abschnitte B VI und B VII) sowie den entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X EBM in der jeweils

gÃ¼ltigen Fassung besteht. Die Entfernung der retinierten und verlagerten WeisheitszÃ¤hne ist als Katalogleistung nach Â§ 3 des Vertrags vom 22. MÃ¤rz 1993 unter der Nr 3010 der im EBM aufgefÃ¼hrten Leistungen erfasst; nach der Neufassung des Vertrags (DÃ 2003, Beilage zu Heft 37) stellt diese Leistung auf Grund gesonderter Kennzeichnung eine "in der Regel" ambulant durchzufÃ¼hrende Operation dar.

Der Aufenthalt des Versicherten im Krankenhaus zur DurchfÃ¼hrung einer Operation bedeutet danach im Unterschied zu frÃ¼heren Zeiten noch keine vollstationÃ¤re Behandlung; hinzukommen mÃ¼ssen weitere Erfordernisse, die eine solche Behandlung von einer ambulanten oder jedenfalls teilstationÃ¤ren Behandlung abgrenzen.

Dazu ist die DurchfÃ¼hrung einer sog Vollnarkose aber ebenso wenig ausreichend wie die postoperative Lagerung des Patienten in einem Ruhebett. Denn die ambulant durchfÃ¼hrbaren Operationen umfassen ein breites Spektrum von Eingriffen, das von einfachen Operationen unter Ã¶rtlicher BetÃ¤ubung bis hin zu aufwÃ¤ndigen, mehrstÃ¼ndigen operativen Eingriffen reicht, die unter Vollnarkose durchgefÃ¼hrt werden (Busch, KrV 1996, 251). Ebenso wenig begrÃ¼ndet die mehrstÃ¼ndige, intensive postoperative Ãberwachung schon eine stationÃ¤re Behandlung. In Erfahrungsberichten aus der Praxis Ã¼ber das ambulante Operieren wird mitgeteilt, dass die Patienten ein Tagesbett zugewiesen bekommen und nach der jeweiligen Operation im Aufwach- bzw Ruheraum eine medizinische und pflegerische Betreuung bis zur Entlassung erhalten (Breese, KH 1994, 205, 207; vgl auch Asmuth/Blum, KH 1996, 403 ff). In der Regel weile der Patient weniger als vier Stunden, allerdings auch nicht lÃ¤nger als acht bis zehn Stunden im Krankenhaus, wobei sich Art und Umfang der Ã¤rztlichen TÃ¤tigkeit im Vergleich zur stationÃ¤ren Leistungserbringung nicht wesentlich unterschieden (Asmuth/Blum, KH 1996, 403, 406). Oft werden unter der Behandlungsform "ambulantes Operieren" alle operativen Eingriffe verstanden, bei denen der Patient sowohl die Nacht vor als auch â bei planmÃ¤Ãigem Verlauf â die Nacht nach dem Eingriff im eigenen Bett, also nicht im Krankenhaus verbringt (Schreiber/Schriefers, DÃ 1993, C-1086; GrÃ¼nenwald, WzS 1994, 78, 81; Zastrow/SchÃ¶neberg, Bundesgesundheitsblatt 1994, 199, 200; Ulsenheimer in Eichhorn/Schmidt-Rettig, Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel, 1995, S 118; Kern, NJW 1996, 1561; Degener-Hencke in: MaaÃen/Schermer/Wiegand/Zipperer, Gesetzliche Krankenversicherung, Â§ 115b SGB V RdNr 3; Tuschen/Quaas, BPflV, 4. Aufl 1998, Â§ 1 BPflV Erl zu Abs 1; Limpinsel in Jahn, SGB V, Â§ 115b RdNr 4; Gnutzmann in Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im DAV, 3. Bd 2001, S 89, 90; Jahn, ebenda, S 99, 100; eine entsprechende ErlÃ¤uterung enthÃ¤lt auch die Richtlinie der BundesÃ¤rztekammer zur QualitÃ¤tssicherung ambulanter Operationen vom 13. April 1994, abgedruckt im Anhang zum Beitrag von Jahn in der Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im DAV, 3. Bd 2001, S 108 ff). Von daher entspricht vorliegend die Krankenhausbehandlung der Versicherten angesichts des operativen Eingriffs im Rahmen eines an einem Tag auf den Zeitraum von 7.00 bis 17.00 Uhr beschrÃ¤nkten Krankenhausaufenthalts entgegen der Auffassung des KlÃ¤gers geradezu dem typischen Erscheinungsbild ambulanter Operationen.

Auch die Tatsache, dass die Versicherte vor der Behandlung einen Krankenhausaufnahmevertrag (durch ihren gesetzlichen Vertreter) unterschrieben hat und nach der Operation auf der "Station" ein Bett in Anspruch genommen hat, ist nicht geeignet, eine stationÃ¤re Behandlung zu begrÃ¼nden. Zur Abgrenzung zwischen stationÃ¤rer und ambulanter Krankenhausbehandlung ist das vielfach herangezogene Kriterium der "Aufnahme" in das Krankenhaus nicht geeignet. Der Gesetzgeber hat allerdings dieses Kriterium in der amtlichen BegrÃ¼ndung zum GSG zur Abgrenzung von teilstationÃ¤rer und ambulanter Behandlung herangezogen und als die "physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses" definiert (BT-Drucks 12/3608, S 82 zu Â§ 39 SGB V). Unter Ãbernahme dieser Beschreibung wird in Rechtsprechung und Literatur Ã¼berwiegend die Auffassung vertreten, das Merkmal der Aufnahme sei generell fÃ¼r die Abgrenzung der (voll- und teil-)stationÃ¤ren von der ambulanten Krankenhausbehandlung maÃgeblich (vgl BSG SozR 3-2200 Â§ 197 Nr 2; GrÃ¼nenwald, WzS 1994, 78, 81; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Â§ 39 RdNr 46, 48). Auch Â§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V verwendet im Hinblick auf den Anspruch der Versicherten auf vollstationÃ¤re Krankenhausbehandlung den Begriff der Aufnahme. Damit ist aber noch nicht geklÃ¤rt, wann eine Aufnahme im Sinne einer "physischen und organisatorischen Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses" konkret zu bejahen ist.

In Betracht kommen kÃ¶nnte insoweit zB die (geplante oder tatsÃ¤chliche) Dauer des Krankenhausaufenthalts oder das Vorliegen eines "Aufnahmevertrags". Mitunter wird auch nach dem AusmaÃ der Integration in das Krankenhaus differenziert, insbesondere danach, ob der Versicherte im Krankenhaus untergebracht und verpflegt wird, da Unterkunft und Verpflegung vom Grundsatz her allein bei stationÃ¤rer, nicht dagegen bei ambulanter Behandlung gewÃ¤hrt werden (BSG SozR 3-2200 Â§ 197 Nr 2; HÃ¶fler in Kasseler Kommentar, Â§ 39 SGB V RdNr 3, 19; Zipperer, in MaaÃen/Schermer/Wiegand/Zipperer, Gesetzliche Krankenversicherung, Â§ 39 SGB V RdNr 13). Damit ist aber noch nicht geklÃ¤rt, wann eine "Unterkunft" vorliegt, insbesondere ob dazu nicht auch ein Aufenthalt von einigen Stunden ausreicht. In der Praxis wird vielfach beim ambulanten Operieren zudem auch Verpflegung bereit gestellt, soweit die Patienten dies wÃ¼nschen und zur Nahrungsaufnahme in der Lage sind (vgl Koch/Scholta/Busse, KH 1996, 409, 412). Andererseits wiederum werden teilstationÃ¤re Leistungen als stationÃ¤re Leistungen "ohne Hotel- und Unterkunftsleistungen" definiert, die lediglich auf Grund der benÃ¶tigten medizinisch-organisatorischen Infrastruktur nicht im niedergelassenen ambulanten Bereich erbracht werden kÃ¶nnten (so Breu/Neubauer, KH 1999, 144). Das Kriterium der "Aufnahme" oder "Integration" in den Krankenhausbetrieb ist unter diesen UmstÃ¤nden nicht handhabbar. Das Unterschreiben eines "Aufnahmevertrags" kann schon deshalb kein geeignetes Kriterium sein, weil es sonst der Versicherte in der Hand hÃ¤tte, allein dadurch die Leistungsverpflichtung der KK zu bestimmen, ohne dass sich an der Leistung selbst etwas Ã¤ndert. SchlieÃlich kann auch die Inanspruchnahme eines Bettes auf der "Station" unter dem Gesichtspunkt einer leistungsgerechten VergÃ¼tung kein entscheidender Umstand sein, weil sonst KrankenhÃ¤user, die fÃ¼r ambulante Operationen sog tagesklinische Betten eingerichtet haben, gegenÃ¼ber solchen

KrankenhÃ¤usern, die nur Stationsbetten vorhalten, benachteiligt wÃ¼rden, weil sie bei gleichem Kostenaufwand nur eine geringere VergÃ¼tung als ambulante Leistung erhielten.

c) Eine Abgrenzungsschwierigkeiten weitestgehend vermeidende Definition von vollstationÃ¤rer, teilstationÃ¤rer und ambulanter Krankenhausbehandlung kann nur vom Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer ausgehen. Insofern hat das LSG im Ansatz zutreffend dargelegt, eine physische und organisatorische Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses sei augenfÃ¤llig gegeben, wenn sie sich zeitlich Ã¼ber mindestens einen Tag und eine Nacht erstrecke. Damit ist die vollstationÃ¤re Behandlung erfasst. Es besteht auch weit gehende Einigkeit in der Literatur, dass der Patient bei der vollstationÃ¤ren Versorgung zeitlich ununterbrochen â€“ also Tag und Nacht â€“ im Krankenhaus untergebracht ist (GrÃ¼nenwald, WzS 1994, 78, 79; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Â§ 39 RdNr 46; Schmidt in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Â§ 39 SGB V RdNr 130; Tuschen/Quaas, BPflV, 4. Aufl 1998, Â§ 1 BPflV Erl zu Abs 1; Vreden, KH 1998, 333, 334; Schomburg, SVFAng 2001, Nr 126, 25, 28). Ein Eingriff findet demgemÃ¤Ã nur "ambulant" iS des Â§ 115b SBG V statt, wenn der Patient die Nacht vor und die Nacht nach dem Eingriff nicht im Krankenhaus verbringt.

Ist das der Fall, liegt auch keine teilstationÃ¤re Behandlung vor. Bei der teilstationÃ¤ren Behandlung ist die Inanspruchnahme des Krankenhauses zwar ebenfalls zeitlich beschrÃ¤nkt. Diese Form der stationÃ¤ren Behandlung erfolgt insbesondere bei Unterbringung der Patienten in Tages- und Nachtkliniken (GrÃ¼nenwald, 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 teilstationÃ¤re Versorgung vor allem auf dem Gebiet der Psychiatrie, sie findet aber auch bei somatischen Erkrankungen, bei krankhaften SchlafstÃ¶rungen (Schlafapnoe) oder im Bereich der Geriatrie statt (GrÃ¼nenwald, 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 BeschrÃ¤nkung auf die Behandlung tagsÃ¼ber, bei der die Nacht zu Hause verbracht wird (Tageskliniken), oder auf die Behandlung abends und nachts, bei der der Patient sich tagsÃ¼ber in seinem normalen Umfeld bewegt (Nachtkliniken). Aus der zeitlichen BeschrÃ¤nkung und den praktischen Anwendungsbereichen wird erkennbar, dass die teilstationÃ¤re 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 erschÃ¶pft. Vielmehr erstrecken sich teilstationÃ¤re Krankenhausbehandlungen auf Grund der im Vordergrund stehenden Krankheitsbilder regelmÃ¤Ãig Ã¼ber einen lÃ¤ngeren Zeitraum, wobei allerdings die medizinisch-organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses benÃ¶tigt wird, ohne dass eine ununterbrochene Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus notwendig ist (Ã¤hnlich Schomburg, SVFAng 2001, Nr 126, 25, 28). Einen Sonderfall stellen Behandlungen dar, die in der Regel nicht tÃ¤glich, 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 fÃ¼r einige Stunden im Krankenhaus versorgt werden. Eine derartige Form der

Behandlung stellt einen Grenzfall zwischen teilstationÃ¤rer und ambulanter Krankenhausbehandlung dar (Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Â§ 39 RdNr 48), der in der Praxis nicht selten als teilstationÃ¤r eingestuft wird (so auch noch der zum 1. Januar 2004 gestrichene Â§ 14 Abs 2 Satz 4 BPflV), nach vorstehender Definition aber zur ambulanten Behandlung zu zÃ¤hlen sein dÃ¼rfte (so tendenziell bereits BSGE 47, 285, 286 = SozR 2200 Â§ 185b Nr 6; vgl nunmehr auch Â§ 2 Abs 2 Satz 3 BPflV in seiner zum 1. Januar 2004 durch das Gesetz vom 23. April 2002, BGBl I 1412 geÃ¤nderten Fassung).

d) Die Entscheidung zum Verbleib des Patienten Ã¼ber Nacht wird in der Regel zu Beginn der Behandlung vom Krankenhausarzt getroffen, kann aber im Einzelfall auch noch spÃ¤ter erfolgen. Geht es zB um FÃ¤lle, in denen der operative Eingriff zwar nach den Regeln der Heilkunst ambulant vorgenommen werden darf, und wird er auch so geplant und durchgefÃ¼hrt, ist eine Entlassung des Patienten nach Hause noch am gleichen Tage nach der Ã¼blichen Ruhephase ausnahmsweise aber nicht mÃ¶glich, weil wegen einer Komplikation im nachoperativen Verlauf eine stÃ¤ndige Beobachtung und weitere Behandlung Ã¼ber die Nacht hinweg angezeigt erscheint, liegt nunmehr eine â einheitliche â vollstationÃ¤re Krankenhausbehandlung vor. Dementsprechend gehen die Vertragsparteien ausweislich Â§ 6 Abs 1 Satz 2 des Vertrags nach Â§ 115b SGB V vom 22. MÃ¤rz 1993 (bzw Â§ 7 Abs 2 des ab 1. Januar 2004 gÃ¼ltigen Vertrags) zutreffend davon aus, dass die VergÃ¼tung der im Katalog aufgefÃ¼hrten Leistungen dann nach dem KHG bzw der BPflV erfolgt, wenn der Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit einer ambulanten Operation "stationÃ¤r aufgenommen" wird.

Auf der anderen Seite liegt eine stationÃ¤re Behandlung auch dann vor, wenn der Patient nach DurchfÃ¼hrung eines Eingriffs oder einer sonstigen BehandlungsmaÃnahme Ã¼ber Nacht verbleiben sollte, aber gegen Ã¤rztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag wieder verlÃ¤sst (Beispiel eines sog "Stundenfalls"); dann handelt es sich um eine "abgebrochene" stationÃ¤re Behandlung.

Nach den nicht angegriffenen und fÃ¼r den Senat daher bindenden (Â§ 163 SGG) Feststellungen des LSG liegen im vorliegenden Fall keine Anhaltspunkte fÃ¼r eine solche "abgebrochene" stationÃ¤re Behandlung vor.

e) Dem KlÃ¤ger stand auch keine vertragliche VergÃ¼tung fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung der Behandlung als ambulante Operation nach Â§ 115b SGB V zu, obwohl diese Leistung â ordnungsgemÃ¤Ã â erbracht worden ist. Denn der KlÃ¤ger hat die zur Wirksamkeit der ergÃ¤nzenden Zulassung zum ambulanten Operieren im Krankenhaus nach Â§ 115b Abs 2 Satz 2 SGB V erforderliche Mitteilung Ã¼ber die Teilnahme an diesem Programm nicht abgegeben, sodass die Zulassung nicht wirksam geworden ist. Das Krankenhaus war daher zur Erbringung der Behandlung in dieser Form zu Lasten der Beklagten nicht befugt.

f) Allerdings stand dem KlÃ¤ger ein Bereicherungsanspruch entsprechend Â§ 812 Abs 1 Satz 1, 1. Alternative BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) zu. In der HÃ¶he belief

sich dieser Anspruch â□□ ebenso wie der entsprechende VergÃ¼tungsanspruch nach Â§ 115b SGB V â□□ auf 339,16 Â¤, weil die Beklagte im Falle der Leistungserbringung durch ein nach Â§ 115b SGB V zugelassenes Krankenhaus diesen Betrag hÃ¤tte aufbringen mÃ¼ssen (vgl Â§ 818 Abs 2 BGB). Den Bereicherungsanspruch hat die Beklagte im Revisionsverfahren in dieser HÃ¶he anerkannt. Ein weiterer Zahlungsanspruch steht dem KlÃ¤ger nicht zu.

4. Der anerkannte Zahlungsanspruch Ã¼ber 339,16 Â¤ ist ab 24. Februar 2001 in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz zu verzinsen.

Der in den RechtszÃ¼gen wechselnd formulierte Klageantrag zum Zinsanspruch ist auszulegen als Anspruch auf Zahlung von Zinsen in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz ab 14 Tage nach Rechnungsdatum (Vertragszinsen), hilfsweise ab RechtshÃ¤ngigkeit (Prozesszinsen). Nur der Hilfsantrag ist begrÃ¼ndet.

Ein vertraglicher Zinsanspruch steht dem KlÃ¤ger mangels vertraglichen VergÃ¼tungsanspruchs nicht zu. Der in HÃ¶he von 339,16 Â¤ begrÃ¼ndete, anerkannte Bereicherungsanspruch ist jedoch mit 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz ab 24. Februar 2001 unter dem Gesichtspunkt eines Prozesszinsenanspruchs zu verzinsen (Â§ 291 BGB). Zwar hat das Bundessozialgericht in stÃ¤ndiger Rechtsprechung entschieden, dass in den in die ZustÃ¤ndigkeit der Sozialgerichtsbarkeit fallenden Rechtsgebieten fÃ¼r Verzugs- und Prozesszinsen grundsÃ¤tzlich kein Raum ist. Eine Ausnahme gilt jedoch fÃ¼r jene ZahlungsansprÃ¼che, bei denen das Gesetz eine Zinszahlung ausdrÃ¼cklich anordnet (BSGE 71, 72, 74 = SozR 3-7610 Â§ 291 Nr 1) oder bereichsspezifische Besonderheiten zu beachten sind (BSGE 64, 225, 230 = SozR 7610 Â§ 291 Nr 2 zu soldatenrechtlichen AusgleichsansprÃ¼chen). Das ist auch hier der Fall.

Es gibt keinen Grund, den Anspruch auf Prozesszinsen (Â§ 291 BGB) hinsichtlich des Bereicherungsanspruchs eines Leistungserbringers gegenÃ¼ber einer KK zu versagen, wenn im entsprechenden vertraglichen Bereich ein Anspruch auf Verzugszinsen vorgesehen ist. Das ist fÃ¼r die VergÃ¼tung von stationÃ¤ren Leistungen seit jeher der Fall (vgl die Pflicht zur Regelung von VerzugszinsansprÃ¼chen bei verspÃ¤teter Zahlung in den Pflegesatzvereinbarungen gemÃ¤Ã□ Â§ 17 Abs 1 Satz 3 BPflV). Der Bereich des ambulanten Operierens stellt insofern lediglich eine ErgÃ¤nzung des traditionellen Aufgabenkatalogs der KrankenhÃ¤user dar, sodass auch hierfÃ¼r ein Anspruch auf Verzugszinsen bei verspÃ¤teter Zahlung zuzubilligen ist, solange die VertrÃ¤ge nach Â§ 115b SGB V einen solchen nicht ausschlieÃ□en, wie es bis heute der Fall ist. Die zivilrechtliche Regelung des Â§ 291 BGB ist hier entsprechend heranzuziehen, weil es an sozialrechtlichen Sonderregelungen, die der Anwendbarkeit entgegenstehen wÃ¼rden, fehlt (BSGE 64, 225, 233 = SozR 7610 Â§ 291 Nr 2; BVerwGE 54, 285, 290). Insbesondere gilt die â□□ auf SozialleistungsansprÃ¼che zugeschnittene â□□ Verzinsungsregelung des Â§ 44 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) im Bereich der EntgeltansprÃ¼che von Leistungserbringern nicht (BSGE 71, 72, 75 = SozR 3-7610 Â§ 291 Nr 1; Mrozynski, SGB I, 3. Aufl 2003, Â§ 44 RdNr 2 mwN).

Der Anspruch auf Prozesszinsen steht dem KlÃ¤ger ab 24. Februar 2001 zu, weil an diesem Tag die Klage beim SG eingegangen und daher die sozialgerichtliche RechtshÃ¤ngigkeit nach Â§ 94 SGG eingetreten ist. FÃ¼r den Eintritt der RechtshÃ¤ngigkeit sind Â§ 253 Abs 1 und Â§ 261 Abs 1 Zivilprozessordnung (ZPO), wonach die RechtshÃ¤ngigkeit einer zivilrechtlichen Klage erst mit der Zustellung der Klageschrift an den Beklagten eintritt, nicht einschlÃ¤gig (BSGE 64, 225, 230 = SozR 7610 Â§ 291 Nr 2).

Der Bereicherungsanspruch war jedenfalls am 24. Februar 2001 fÃ¤llig. Er ist bereits mit Abschluss der Krankenhausbehandlung am 14. Oktober 1998 fÃ¤llig geworden. Die nach Â§ 303 Abs 3 Satz 1 SGB V iVm Â§ 301 Abs 1 SGB V erforderliche Erstellung und Ãbermittlung einer den Erfordernissen des Â§ 301 SGB V entsprechenden Abrechnung einer von Â§ 115b SGB V erfassten Krankenhausbehandlung (Â§ 301 Abs 1 Satz 1 Nr 9 SGB V), die vom KlÃ¤ger entsprechend seiner Behauptung einer stationÃ¤ren Behandlung nicht erteilt worden ist, fÃ¼hrt nur die FÃ¤lligkeit eines vertraglichen VergÃ¼tungsanspruchs herbei, ist aber fÃ¼r einen entsprechenden Bereicherungsanspruch nicht erforderlich. Diese Forderung wird mit ihrem Entstehen nach Abschluss der rechtsgrundlosen Leistungserbringung auch fÃ¤llig (Â§ 271 BGB).

Die HÃ¶he des Zinsanspruchs ergibt sich aus Â§ 291 BGB iVm Â§ 288 Abs 1 BGB in der hier anwendbaren Fassung des Gesetzes zur Beschleunigung fÃ¤lliger Zahlungen vom 30. MÃ¤rz 2000 (BGBl I 330). Die Vorschrift ist insoweit inhaltsgleich mit Â§ 288 Abs 1 BGB in der ab 1. Januar 2002 geltenden Fassung des Schuldrechtsmodernisierungsgesetzes (SMG) vom 26. November 2001 (BGBl I 3138).

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs 1 und 4 SGG in der hier noch anzuwendenden, bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung iVm Â§ 116 BundesrechtsanwaltsgebÃ¼hrenordnung (BRAGO). Der Senat hat bei seiner Entscheidung, die Kosten des Rechtsstreits in allen RechtszÃ¼gen gegeneinander aufzuheben (vgl Â§ 92 Abs 1 ZPO), berÃ¼cksichtigt, dass der KlÃ¤ger betragsmÃ¤Ãig zwar zu rund 60 vH in der Hauptsache obsiegt hat, der Schwerpunkt der rechtlichen Auseinandersetzung aber bei dem als unbegrÃ¼ndet erkannten vertraglichen VergÃ¼tungsanspruch gelegen hat.

Erstellt am: 02.08.2004

Zuletzt verändert am: 20.12.2024