
S 57 KR 2790/19 WA

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung - Krankenhausvergütung - Vorliegen einer stationären Krankenhausbehandlung - äußere Wendung - Risiko schwerwiegender Komplikationen - Vorhaltung besonderer Mittel - Abgrenzung zwischen voll- und teilstationärer Behandlung
Leitsätze	Eine Inanspruchnahme der besonderen Mittel des Krankenhauses liegt auch dann vor, wenn diese während der Durchführung einer ärztlichen Behandlung wegen des damit verbundenen Risikos schwerwiegender Komplikationen für die Versicherte exklusiv vor- und freigehalten werden.
Normenkette	SGB V § 39 Abs 1 S 1 ; SGB V § 39 Abs 1 S 2 ; SGB V § 109 Abs 4 S 3 ; SGB V § 112 Abs 2 S 1 Nr 2 ; KHG § 17b Abs 1 ; KHEntgG § 6 Abs 1 S 1 ; KHEntgG § 7 Abs 1 S 1 Nr 1 ; KHEntgG § 9 Abs 1 S 1 Nr 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 57 KR 2790/19 WA
Datum	01.04.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 77/21
Datum	22.09.2022

3. Instanz

Datum	20.03.2024
-------	------------

Â

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 22. September 2022 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 912,91 Euro festgesetzt.

Ä

Gründe :

I

1
Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung.

2

Das klagende Universitätsklinikum führte im Jahr 2014 bei einer in der 37. Woche schwangeren Versicherten der beklagten Krankenkasse eine äußere Wendung bei Beckenendlage des Fetus durch. Dabei wird mittels äußerer Manipulation am Bauch der Schwangeren versucht, das ungeborene Kind in eine für eine vaginale Geburt günstigere Schädellage zu drehen. Die Versicherte wurde gegen 11 Uhr in das Universitätsklinikum aufgenommen und im Kreißaal an ein Kardiotokographie(CTG)-Gerät angeschlossen. Unter wehenhemmender Medikation gelang die äußere Wendung des ungeborenen Kindes im zweiten Versuch. Nach erneuter CTG und Kontrolle der fetalen Herzfrequenz wurde die Versicherte sodann am frühen Nachmittag nach einem Aufenthalt von etwa vier Stunden aus dem Krankenhaus entlassen. Die Beklagte bezahlte zunächst die für eine vollstationäre Behandlung in Rechnung gestellte Vergütung von 612,91 Euro und verrechnete nach Durchführung eines Prüfverfahrens den gesamten Rechnungsbetrag mit einer unstreitigen Vergütungsforderung des Klägers. Es habe kein stationärer Behandlungsbedarf bestanden. Eine Einbindung auf die Station sei nicht erfolgt.

3

Das SG hat der Klage auf Zahlung des streitigen Vergütungsbetrages nebst Zinsen sowie einer Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro stattgegeben. Das LSG hat die Berufung der Beklagten im Wesentlichen zurückgewiesen. Zur Begründung hat es unter Verweis auf die Entscheidung des Sozialgerichts sowie seine eigene frühere Rechtsprechung ausgeführt, es habe eine erforderliche vollstationäre Behandlung stattgefunden. Die äußere Wendung bei Beckenendlage sei ein potentiell mit hohen Risiken behafteter Vorgang, der in niedergelassenen Arztpraxen aus diesem Grund nicht durchgeführt werde. Der Kläger habe während der äußeren Wendung eine Sectiobereitschaft dergestalt vorgehalten, dass sowohl in räumlicher als auch in personeller Hinsicht (Operationssaal, Gynäkologe, Anästhesist, nichtärztliches Personal) die entsprechenden Kapazitäten für die Versicherte geblockt gewesen seien.

4

Mit ihrer Revision rÃ¼gt die Beklagte die Verletzung der [Ã§Ã§ 39, 107 und 109 SGB V](#) iVm [Ã§ 7](#) und [9 KHEntgG](#). Die Voraussetzungen einer vollstationÃren Krankenhausbehandlung seien nicht erfÃ¼llt. Ein Verbleib der Versicherten Ãber Nacht sei zu keinem Zeitpunkt geplant oder beabsichtigt gewesen. Die tatsÃchliche Behandlungsdauer fÃ¼r die Vornahme der ÃuÃeren Wendung von nur ca. 15 bis 20 Minuten reiche nicht aus, um von einer intensiven, aktiven und fortdauernden Ãrztlichen Betreuung und Hilfe von jederzeit verfÃgbarem Pflegepersonal sprechen zu kÃnnen, wie sie fÃ¼r eine stationÃre Versorgung typisch und charakterisierend sei. Die Tatsache, dass der KIÃger umfangreiche Vorkehrungen fÃ¼r eine eventuell erforderlich werdende Notsectio getroffen und die dafÃr erforderlichen Ressourcen im Hintergrund bereitgehalten habe, begrÃnde noch keine Eingliederung der Versicherten in die Infrastruktur des Krankenhauses.

5
Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 22. September 2022 und des Sozialgerichts Hamburg vom 1. April 2021 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

6
Der KIÃger beantragt,
die Revision zurÃckzuweisen.

7
Er hÃlt die angegriffene Entscheidung des LSG fÃ¼r zutreffend.

II

8
Die Revision der Beklagten ist im Sinne der ZurÃckverweisung der Sache an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begrÃndet ([Ã 170 Abs 2 Satz 2 SGG](#)).

9
Der Senat kann auf Grundlage der Feststellungen des LSG nicht entscheiden, ob dem KIÃger der ihm vom SG zuerkannte â unstreitige â VergÃtungsanspruch nebst Zinsen sowie die ebenfalls geltend gemachte Aufwandspauschale zustehen oder die Beklagte mit einem aus der Behandlung der Versicherten resultierenden Gegenanspruch wirksam aufgerechnet hat.

10
Das LSG hat den in der Sache streitigen VergÃtungsanspruch des KIÃgers fÃ¼r die Behandlung der Versicherten bejaht und ist davon ausgegangen, dass eine vollstationÃre Krankenhausbehandlung stattgefunden habe und medizinisch erforderlich gewesen sei. Dies hÃlt der revisionsgerichtlichen PrÃfung nur teilweise stand.

11

Die Versicherte wurde zwar stationär behandelt (dazu 1.). Der Senat kann auf der Grundlage der vom LSG getroffenen Feststellungen aber nicht entscheiden, ob sie voll oder teilstationär behandelt wurde (dazu 2.). Für den Fall, dass es sich um eine vollstationäre Behandlung handelte, fehlt es an Feststellungen zur medizinischen Erforderlichkeit (dazu 3.). Für den Fall einer teilstationären Behandlung fehlen Feststellungen zum Bestehen eines entsprechenden Versorgungsauftrags des Klägers und zur Höhe des Vergütungsanspruchs (dazu 4.).

12

1. Der Kläger hat die Versicherte stationär behandelt.

13

a) Gemäß [§ 39 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) in der hier noch maßgeblichen Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung – Gesundheitsstrukturgesetz – GSG vom 21.12.1992, [BGBl I 2266](#)) wird Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht.

14

Die [§§ 24c ff SGB V](#) sind insoweit nicht einschlägig. Sie umfassen während der Schwangerschaft nur die ärztliche Betreuung ([§ 24d Satz 1 SGB V](#)), dh vertragsärztliche Leistungen (vgl [§ 73 Abs 2 Satz 1 Nr 4 SGB V](#); vgl auch Nolte in BeckOGK, SGB V, [§ 24d SGB V](#) RdNr 13, Stand 1.12.2016; Wagner in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung [§ 24d SGB V](#) RdNr 3, Stand März 2013; Welti in Becker/Kingreen, SGB V, 8. Aufl 2022, [§ 24d SGB V](#) RdNr 1), nicht dagegen eine stationäre Krankenhausbehandlung (vgl Kießling, NZS 2017, 373, 374; zur Qualifizierung der Krankenhausbehandlung als komplexe Gesamtleistung vgl BSG vom 26.4.2022 [B 1 KR 26/21 R BSGE 134, 142](#) = SozR 42500 [§ 15](#) Nr 4, RdNr 23 mwN). Auf das Verhältnis der [§§ 24c ff SGB V](#) zu den [§§ 27 ff SGB V](#) kommt es insofern vorliegend nicht an (vgl dazu auch BSG vom 24.1.2023 [B 1 KR 7/22 R BSGE 135, 226](#) = SozR 42500 [§ 2](#) Nr 21, RdNr 12 mwN). Die stationäre Aufnahme erfolgte auch nicht zur stationären Entbindung iS des [§ 24f Satz 1](#) und [§ 3](#) SGB V. Erforderlich hierfür ist, dass die stationäre Aufnahme mit dem Ziel der Entbindung und zu einer Zeit erfolgt, in der mit der Entbindung zu rechnen und die stationäre Aufnahme geboten ist (vgl Wagner, aaO, [§ 24f SGB V](#) RdNr 10). Bei der Versicherten sollte die Entbindung nach dem geplanten Verlauf der Behandlung aber durch die übere Wendung lediglich vorbereitet und nicht während des stationären Aufenthalts bereits eingeleitet und durchgeführt werden.

15

b) Die stationäre Behandlung unterscheidet sich von der ambulanten grundsätzlich durch die Aufnahme ([§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)). Die Aufnahme in das Krankenhaus kennzeichnet den Beginn der stationären Behandlung und meint die physische und organisatorische Eingliederung des

Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses (vgl. [BTDrucks 12/3608, S. 82](#); stRspr; vgl. BSG vom 9.10.2001 [Ä BÄ 1Ä KR 15/00Ä RÄ SozR 32200 Ä§Ä 197 NrÄ 2](#) =Ä juris RdNrÄ 17; BSG vom 18.5.2021 [Ä BÄ 1Ä KR 11/20Ä RÄ BSGE 132, 137](#) =Ä SozR 42500 Ä§Ä 109 NrÄ 85, RdNrÄ 11; BSG vom 29.8.2023 [Ä BÄ 1Ä KR 15/22Ä RÄ juris RdNrÄ 14](#); ferner BSG vom 4.3.2004 [Ä BÄ 3Ä KR 4/03Ä RÄ BSGE 92, 223](#) =Ä [SozR 42500 Ä§Ä 39 NrÄ 1](#) =Ä juris RdNrÄ 25; BSG vom 8.9.2004 [Ä BÄ 6Ä KA 14/03Ä RÄ SozR 42500 Ä§Ä 39 NrÄ 3](#) RdNrÄ 19Ä f). Die Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes auf der Basis eines entsprechenden Behandlungsplans wird nach auÄen regelmÄig durch die Einweisung auf eine bestimmte Station, die Zuweisung eines Bettes oder das Erstellen entsprechender Aufnahmeunterlagen und Ähnliches dokumentiert (vgl. BSG vom 18.5.2021 [Ä BÄ 1Ä KR 11/20Ä RÄ BSGE 132, 137](#) =Ä SozR 42500 Ä§Ä 109 NrÄ 85, RdNrÄ 12 mwN; BSG vom 29.8.2023 [Ä BÄ 1Ä KR 15/22Ä RÄ juris RdNrÄ 15](#)).

16

c)Ä In Abgrenzung zur ambulanten Behandlung ist insoweit maßgeblich, wie intensiv die Versicherte die besonderen Mittel des Krankenhauses in Anspruch nimmt bzw. nach dem zum Zeitpunkt der Aufnahmeentscheidung aufgestellten Behandlungsplan nehmen soll (vgl. BSG vom 29.8.2023 [Ä BÄ 1Ä KR 15/22Ä RÄ juris RdNrÄ 18Ä ff](#)). Als besondere Mittel des Krankenhauses hat die Rechtsprechung des BSG eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und jederzeit prÄsentes oder rufbereites Ärztliches Personal herausgestellt (stRspr; vgl. zB BSG vom 13.12.2016 [Ä BÄ 1Ä KR 1/16Ä RÄ BSGE 122, 170](#) =Ä SozR 42500 Ä§Ä 31 NrÄ 28, RdNrÄ 28 mwN; BSG vom 26.4.2022 [Ä BÄ 1Ä KR 5/21Ä RÄ SozR 42500 Ä§Ä 39 NrÄ 34 RdNrÄ 13](#)).

17

Eine Inanspruchnahme der besonderen Mittel des Krankenhauses liegt auch dann vor, wenn diese wÄhrend der DurchfÄhrung einer Ärztlichen Behandlung wegen des damit verbundenen Risikos schwerwiegender Komplikationen fÄr die Versicherte exklusiv vor und freigehalten werden. Denn auch in diesem Fall werden die besonderen Mittel des Krankenhauses ausschlieÄlich fÄr die Versicherte eingesetzt und dadurch verbraucht, dass sie in dieser Zeit nicht anderweitig verwendet werden konnten. Darauf, ob die vor- und freigehaltenen Ressourcen tatsÄchlich zum Einsatz gekommen sind, kommt es insofern nicht an.

18

d)Ä FÄr die DurchfÄhrung der ÄuÄeren Wendung bedurfte es nach den unangegriffenen, den Senat bindenden vom LSG in Bezug genommenen Feststellungen des SG sowie aus seiner eigenen frÄheren Entscheidung (LSG Hamburg vom 19.12.2019 [Ä LÄ 1Ä KR 62/18Ä juris RdNrÄ 28](#)) auch der besonderen Mittel des Krankenhauses. Die Versicherte war insoweit aus zwingenden medizinischen GrÄnden auf eine Hintergrundabsicherung durch die besonderen Mittel des Krankenhauses angewiesen, die durch ambulante personelle und sÄchliche Mittel nicht in gleicher Weise bereitgestellt werden konnten.

19

Isoliert betrachtet gehÄren die Mittel, die fÄr die ÄuÄere Wendung eingesetzt

werden, nicht zu den besonderen Mitteln des Krankenhauses. Insbesondere gehören CTG Geräte auch in ambulanten vertragsärztlichen Gynäkologie-Praxen ganz regelmäßig zur Grundausstattung. Nach den bindenden Feststellungen des SG, auf die das LSG gemäß [§ 153 Abs 2 SGG](#) zulässigerweise Bezug genommen hat, ging den unmittelbaren Behandlungsmaßnahmen zur Vornahme der ärztlichen Wendung allerdings eine Behandlungsplanung für den Fall voraus, dass es durch die Wendungsmaßnahmen zu schweren Komplikationen kommen würde (insbesondere Abfall der Herzfrequenz von Kind und/oder Mutter, Atemnot der Mutter bis hin zum Kreislaufstillstand, Plazentaablösung, Plazentarris sowie Platzen der Fruchtblase oder Nabelschnurstrangulation des Kindes). Diese hätten das sofortige Ergreifen weiterer, insbesondere auch intensivmedizinischer und/oder chirurgischer Behandlungsmaßnahmen erfordert. So hat der Kläger für den Zeitraum des Eingriffs die räumlichen und personellen Ressourcen zur unverzüglichen Durchführung eines Kaiserschnitts (NotSectio) mit der Möglichkeit intensivmedizinischer Versorgung von Mutter und Kind nicht nur allgemein vorgehalten, sondern ausschließlich für die behandelte Versicherte freigehalten. Für diesen Fall wurde der an den Kreißaal angeschlossene OPSaal samt komplett bereitstehendem OP-Team exklusiv für die Versicherte geblockt. Er hätte also während des Wendungsversuchs weder für andere geplante Sectiones noch für andere Not-Sectiones zur Verfügung gestanden. Notoperationen bei Patientinnen der eigenen Geburtsstation des Klägers, die in dieser Zeit hätten eintreten können, wären in einem anderen OPSaal und von einem anderen Team durchgeführt, Notfälle von außerhalb in dieser Zeit an andere Krankenhäuser verwiesen worden. Bevor diese Ressourcen zur Verfügung standen, hätte der Kläger mit der ärztlichen Wendung nicht begonnen (vgl. die in Bezug genommenen Feststellungen im Urteil des LSG Hamburg vom 19.12.2019 – [LA 1 KR 62/18](#) – juris RdNr 28 f). Die Freihaltung dieser besonderen Mittel musste der Kläger im Vorfeld der ärztlichen Wendung im Rahmen der Behandlungsplanung umfassend berücksichtigen und Dienst- sowie Raumbelungspläne entsprechend auf die Versorgung der Versicherten ausrichten.

20

e) Für eine ambulante Erbringung der Leistung im Krankenhaus hätte zudem keine rechtlich zulässige Möglichkeit zur Verfügung gestanden (vgl. zur Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung, wenn die medizinisch notwendige Versorgung aus Gründen der Rechtsordnung nur stationär erbracht werden darf, BSG vom 17.11.2015 – [BA 1 KR 18/15 R](#) – [BSGE 120, 78](#) – SozR 42500 – § 39 Nr 24).

21

Die ärztliche Wendung ist nicht in den abschließenden Katalog ambulant durchführbarer Leistungen (AOP-Katalog; § 3 Abs 1 des Vertrages nach [§ 115b Abs 1 SGB V](#) – Ambulantes Operieren, sonstige stationärsersetzende Eingriffe und stationärsersetzende Behandlungen im Krankenhaus; vgl. BSG vom 1.7.2014 – [BA 1 KR 1/13 R](#) – [BSGE 116, 146](#) – SozR 42500 – § 115b Nr 5, RdNr 12) aufgenommen, und sie ist nicht Gegenstand der in [§ 116b SGB V](#)

geregelten ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Es handelt sich nach der Legaldefinition in [Â§ 115a Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) auch nicht um eine vorstationäre Behandlung. Die Äußerere Wendung dient nicht lediglich der Klärung, ob eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist, und sie ist auch keine bloße Vorbereitungsmaßnahme für eine spätere stationäre Behandlung. Es handelt sich vielmehr um einen eigenständigen Eingriff, der bereits selbst die Inanspruchnahme der besonderen Mittel des Krankenhauses erfordert (siehe RdNr 17). Die insofern erforderliche exklusive Freihaltung der sachlichen und personellen Mittel des Krankenhauses für eine Not-Section wäre auch von einer Ermächtigung der Krankenhausärzte des Klägers iS des [Â§ 116 SGB V](#) oder der Universitätsklinik selbst gemäß [Â§ 117 SGB V](#) zur ambulanten Leistungserbringung nicht umfasst.

22

2. Der erkennende Senat kann auf der Grundlage der vom LSG getroffenen und in Bezug genommenen Feststellungen nicht entscheiden, ob die Versicherte vollstationär oder lediglich teilstationär behandelt wurde.

23

a) Von einer vollstationären Krankenhausbehandlung ist jedenfalls dann auszugehen, wenn der Patient nach der Entscheidung des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden soll. Maßgeblich ist hierbei nicht die tatsächliche Behandlungsdauer im Krankenhaus, sondern die zur Zeit der Aufnahmeentscheidung (vgl dazu bereits oben RdNr 15 f) auf Grundlage des hierbei getroffenen Behandlungsplans prognostizierte. Eine einmal auf Grundlage der Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes erfolgte physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Krankenhausversorgungssystem kann grundsätzlich nicht rückwirkend entfallen (vgl zum Ganzen BSG vom 18.5.2021 [B 1 KR 11/20 R BSGE 132, 137](#) = SozR 42500 [Â§ 109 Nr 85, RdNr 11 mwN](#)). Bei kürzerer Verweildauer kann eine vollstationäre Behandlung vorliegen, wenn sich der in dieser kürzeren Zeit tatsächlich durchgeführte oder zumindest geplante Einsatz sachlicher und personeller Ressourcen des Krankenhauses, die ambulant nicht in gleicher Weise regelhaft verfügbar sind, entsprechend verdichtet (vgl BSG vom 29.8.2023 [B 1 KR 15/22 R juris RdNr 20](#)). Demnach gilt: Je intensiver die diagnostische und therapeutische Behandlung des Versicherten den Einsatz sachlicher und personeller Mittel des Krankenhauses erfordert, desto weniger hohe Anforderungen sind für eine vollstationäre Versorgung an die Dauer des Aufenthalts im Krankenhaus zu stellen. In Anwendung dieser Grundsätze hat der Senat zuletzt auch eine nur kurzzeitige Notfallbehandlung auf Schlaganfallstationen (sogenannte StrokeUnits), die unter umfangreichem Einsatz nur im Krankenhaus verfügbarer intensivmedizinischer Mittel (insbesondere multidisziplinäres Team und besondere apparative Ausstattung der Schlaganfallstationen) erbracht wird, als regelmäßig vollstationäre Versorgung eingeordnet (siehe BSG, aaO, RdNr 22 f). Die Bereitstellung einer Hintergrundabsicherung bei der Äußereren Wendung stellt dagegen zwar bereits eine für sich genommen konkludente stationäre Aufnahme dar (vgl oben RdNr 18), nicht hingegen bereits eine vollstationäre Aufnahme ohne das Hinzutreten weiterer Umstände, die sich aus

der Behandlungsplanung ergeben. Denn ein für die bloß konkludente Vollstationäre Aufnahme geeigneter, verdichteter personeller und sachlicher Mitteleinsatz, der tatsächlich nicht abgerufen worden ist, erfordert jedenfalls die Prognose, dass er sicher zum Einsatz kommen wird (vgl. auch BSG vom 29.8.2023 – [B 1 KR 15/22 R](#) – juris RdNr 20).

24

b) Teilstationäre Behandlung unterscheidet sich nach der gesetzlichen Gesamtkonzeption von vollstationärer Behandlung im Krankenhaus im Wesentlichen dadurch, dass sie nicht auf eine Aufnahme rund um die Uhr ausgerichtet ist, sondern nur jeweils zumindest einen Teil eines Tages umfasst (vgl. BSG vom 19.4.2016 – [B 1 KR 21/15 R](#) – [BSGE 121, 87](#) – SozR 42500 – § 109 Nr 54, RdNr 12; BSG vom 13.12.2016 – [B 1 KR 1/16 R](#) – [BSGE 122, 170](#) – SozR 42500 – § 31 Nr 28, RdNr 25; BSG vom 26.4.2022 – [B 1 KR 5/21 R](#) – SozR 42500 – § 39 Nr 34, RdNr 21). Eine teilstationäre Behandlung stellt in zeitlicher (und aufgrund dessen auch in organisatorischer) Hinsicht eine wesensgleiche Teilleistung zur vollstationären Versorgung dar (vgl. BSG vom 19.4.2016 – [B 1 KR 21/15 R](#) – [BSGE 121, 87](#) – SozR 42500 – § 109 Nr 54 RdNr 14; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 39 RdNr 49, Stand Juli 2019; Ricken, SGB 2017, 291, 292; aA LSG Hamburg vom 21.1.2021 – [L 1 KR 106/19](#) – juris RdNr 42 mwN; Gerlach in BeckOK KHR, [§ 39 SGB V](#) RdNr 27, Stand 1.3.2024). In der Praxis werden teilstationäre Behandlungen häufig in sogenannten Tages- oder Nachtkliniken erbracht und erstrecken sich über einen längeren zusammenhängenden oder in Intervallen verlaufenden Behandlungszeitraum. Gleichwohl sind diese typischen Erscheinungsformen nicht begriffsnotwendig. So kann – wie der Senat bereits entschieden hat – eine teilstationäre Behandlung auch eine nur eintägige Behandlung erfassen (vgl. BSG vom 19.4.2016 – [B 1 KR 21/15 R](#) – [BSGE 121, 87](#) – SozR 42500 – § 109 Nr 54, RdNr 12, unter Aufgabe der früheren Rspr des 3. Senats; zustimmend Ricken, SGB 2017, 291, 292; siehe auch schon Trefz, SGB 2005, 46, 47; anders nach wie vor § 2 Abs 4 Satz 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung – KERL: „regelmäßige, aber nicht zeitlich durchgehende Anwesenheit der Patientin oder des Patienten im Krankenhaus“). Sie setzt auch nicht zwingend eine eigene, auch räumlich getrennte Organisationseinheit im Krankenhaus in Form von Tages- oder Nachtkliniken voraus (vgl. auch BVerwG vom 21.4.2023 – [3 A C 11.21](#) – juris RdNr 40; aA LSG Hamburg vom 21.1.2021 – [L 1 KR 106/19](#), juris RdNr 42). Insoweit ergibt sich ein nicht unwesentlicher Überschneidungsbereich zwischen eintägigen teilstationären Versorgungsfällen und vollstationären Behandlungen, die in bestimmten Fällen ebenfalls ohne Übernachtung erfolgen können (vgl. zur intensivmedizinischen Notfallbehandlung in Schockräumen und auf Schlaganfallstationen BSG vom 29.8.2023 – [B 1 KR 15/22 R](#) – juris).

25

c) Abzugrenzen ist die teilstationäre von der vollstationären Behandlung vor diesem Hintergrund anhand der zeitlichen Behandlungsprognose zum Zeitpunkt der Aufnahmeentscheidung. Eine teilstationäre Behandlung liegt vor, wenn eine zeitliche Begrenzung der Krankenhausbehandlung auf eine Tages- oder

Nachtbehandlung von vornherein entsprechend geplant wird. Eine vollstationäre Behandlung liegt dann vor, wenn der Behandlungsplan von Anfang an eine Behandlung über Nacht vorsieht. Entscheidend ist dabei die Planung der Krankenhausärzte im Sinne der Umsetzung eines konkreten Behandlungskonzepts (vgl. insoweit BSG vom 28.2.2007 – [BÄ 3Ä KR 17/06Ä RÄ](#) – [SozR 42500 ÄSÄ 39 NrÄ 8](#) RdNrÄ 21 mwN; ferner BSG vom 19.4.2016 – [BÄ 1Ä KR 21/15Ä RÄ](#) – [BSGE 121. 87](#) –Ä SozR 42500 ÄSÄ 109 NrÄ 54, RdNrÄ 18: Therapieschema). Der Behandlungsplan kann sich nachträglich ändern, etwa wenn eine zunächst teilstationär geplante Behandlung wegen einer Komplikation als vollstationäre (mit Übernachtung) fortgeführt wird, oder wenn – umgekehrt – wegen des gebesserten Gesundheitszustandes eine zunächst vollstationär begonnene Behandlung teilstationär fortgeführt wird (vgl. Ricken, SGB 2017, 291, 293; Hedermann, GesR 2014, 321, 325; zu den vergütungsrechtlichen Folgen siehe ÄSÄ 6 AbsÄ 2 undÄ 3 Fallpauschalenvereinbarung 2014).

26

Dieses Begriffsverständnis legt auch der Gesetzgeber in [ÄSÄ 112 AbsÄ 2 SatzÄ 1 NrÄ 2 SGBÄ V](#) zugrunde, wenn er es im Zusammenhang mit den vertraglichen Sicherstellungsvereinbarungen zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung für umsetzbar hält, einen Katalog regelhaft teilstationärer erbringbarer Leistungen zu erstellen. Er geht folglich davon aus, dass sich ein solcher Katalog daran orientiert, ob ein generalisiertes Krankheitsbild und seine Diagnose und Therapie zum Zeitpunkt der Aufnahmeentscheidung typischerweise eine zeitliche Begrenzung der Behandlung auf nur einen Teil des Tages oder jeweils einen Teil mehrerer Tage zulässt.

27

d) – Das LSG hat – von seinem rechtlichen Standpunkt aus folgerichtig – nicht festgestellt, ob die Behandlungsplanung des Klägers im konkreten Fall der Versicherten auf eine Entlassung noch am selben Tag gerichtet war, oder ob grundsätzlich eine Übernachtung zur Überwachung möglicher Spätkomplikationen geplant war.

28

Maßgeblich ist insoweit der komplikationslose Verlauf, der nach den in Bezug genommenen Feststellungen des LSG mit etwa 90 bis 95 Prozent der Fälle den Regelfall darstellt (vgl. LSG Hamburg vom 19.12.2019 – [LÄ 1Ä KR 62/18Ä](#) – juris RdNrÄ 28). Der seltene Fall des Eintritts von Komplikationen würde ohnehin zu einer Änderung der ursprünglichen Behandlungsplanung (ggf. verbunden mit einer vollstationären Aufnahme, vgl. Diehm, [NZS 2023, 189](#)) führen und bleibt daher für die Aufnahmeentscheidung außer Betracht.

29

Denkbar erscheint es nach den vom LSG in Bezug genommenen Ausführungen in seiner früheren Entscheidung deshalb, dass nach dem Behandlungskonzept des Klägers die Entscheidung für eine voll- oder teilstationäre Behandlung (mit oder ohne Übernachtung) bei der Aufnahmeentscheidung zunächst offengelassen und erst nach erfolgtem Eingriff getroffen wurde (vgl. LSG Hamburg vom 19.12.2019

Ä [LÄ 1Ä KR 62/18Ä](#) juris RdNrÄ 29). Der Einordnung der teilstationÄren Versorgung als wesensgleiche Teilleistung zur vollstationÄren Behandlung (siehe oben RdNr 24) entspricht es, in diesem Fall zunÄchst von einer teilstationÄren Behandlung auszugehen, die dann nachtrÄglich gegebenenfalls als vollstationÄre fortgefÄhrt wird.

30

3.Ä Sofern die vom LSG nachzuholenden Feststellungen ergeben sollten, dass es sich um eine teilstationÄre Behandlung handelte, wÄre diese auch erforderlich gewesen.

31

Die ÄxuÄere Wendung des ungeborenen Kindes war medizinisch erforderlich, um der schwangeren Versicherten eine risikoarme spontane vaginale Geburt in der hierfÄr gÄnstigen SchÄdellage zu ermÄglichen (vgl zur Qualifizierung eines Erkrankungsrisikos als Krankheit und einer SchÄdigung der Leibesfrucht als Erkrankung der Mutter BSG vom 24.1.2023 Ä [BÄ 1Ä KR 7/22Ä RÄ](#) [BSGE 135, 226](#) =Ä SozR 42500 ÄÄ 2 NrÄ 21, RdNrÄ 22Ä ff). Es handelte sich mit Blick auf die angestrebte vaginale Geburt um einen regelwidrigen kÄrperlichen Zustand, der des Ärztlichen Eingriffs bedurfte, und damit um eine behandlungsbedÄrftige Krankheit iS des [ÄÄ 27 AbsÄ 1 SatzÄ 1 SGBÄ V](#).

32

Es entspricht nach den fÄr den Senat bindenden Feststellungen des LSG Ä was auch zwischen den Beteiligten unstreitig istÄ dem aktuellen Stand medizinischer Erkenntnisse, eine ÄxuÄere Wendung des ungeborenen Kindes wegen der damit einhergehenden lebensbedrohlichen Risiken nur in sog relativer Sectiobereitschaft durchzufÄhren, und damit Ä wie bereits dargelegtÄ nur im Rahmen einer stationÄren Behandlung (siehe RdNrÄ 19).

33

FÄr den Fall, dass die ursprÄngliche Behandlungsplanung des KIÄgers auf eine Äbernachtung der Versicherten ausgerichtet war und es sich um eine vollstationÄre Behandlung handelte, wÄren vom LSG noch Feststellungen dazu zu treffen, ob diese Ä etwa wegen drohender SpÄt komplikationen oder fehlender Compliance der VersichertenÄ aus der insofern maÄgeblichen ExanteSicht medizinisch erforderlich war oder ob eine teilstationÄre Behandlung ausreichend gewesen wÄre. Denn auch im VerhÄltnis zwischen voll- und teilstationÄrer Behandlung besteht nach [ÄÄ 39 AbsÄ 1 SatzÄ 2 SGBÄ V](#) ein Vorrang-Nachrang-VerhÄltnis (vgl BSG vom 26.4.2022 Ä [BÄ 1Ä KR 5/21Ä RÄ](#) SozR 42500 ÄÄ 39 NrÄ 34 RdNrÄ 11Ä ff).

34

4.Ä FÄr den Fall, dass es sich bei der Behandlung der Versicherten um eine teilstationÄre Behandlung handelte, fehlt es an Feststellungen des LSG, ob die KIÄgerin hierfÄr Äber einen entsprechenden Versorgungsauftrag verfÄgte (vgl dazu auch BSG vom 26.4.2022 Ä [BÄ 1Ä KR 5/21Ä RÄ](#) SozR 42500 ÄÄ 39 NrÄ 34 RdNrÄ 24). Zudem fehlt es fÄr diesen Fall auch an Feststellungen zur

Höhe des Vergütungsanspruchs. Der Fallpauschalen-Katalog 2014 sieht für eine teilstationäre Durchführung der ärztlichen Wendung keine Fallpauschale vor (vgl. für die vollstationäre Durchführung die DRG O65C sowie die Prozedur OPS 8510.0). Insofern richtet sich die Vergütung für eine teilstationäre Behandlung nach den hierfür krankenhaushausindividuell vereinbarten Entgelten (vgl. [§ 6 Abs 1 Satz 1 KHEntgG](#), [§ 6 Abs 1 Fallpauschalenvereinbarung 2014](#); vgl. hierzu BSG vom 19.6.2018 [B 1 KR 30/17 R](#) SozR 45562 [§ 9 Nr 9 RdNr 12](#); BVerwG vom 21.4.2023 [3 C 11/21](#) juris RdNr 21; zu dem insofern bestehenden Kontrahierungszwang der Krankenkassen vgl. Rau in Remmert/Gokel, GVKKommentar SGB V, [§ 109 RdNr 23](#), Stand April 2024). Hierzu hat das LSG ebenfalls keine Feststellungen getroffen.

35

5. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs 3](#) sowie [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Ä

Erstellt am: 17.06.2024

Zuletzt verändert am: 21.12.2024