

S 8 KR 310/05

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Leipzig (FSS)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Leipzig (FSS)

Aktenzeichen

S 8 KR 310/05

Datum

21.12.2006

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

An dem Merkmal der "geplanten Aufenthaltsdauer" zur Abgrenzung von stationärer zu ambulanter Behandlung ist auch dann festzuhalten, wenn der Versicherte wenige Minuten nach notfallmäßiger stationärer Aufnahme verstirbt; denn eine nachträglich wertende (finale) Betrachtung danach, ob tatsächlich in nennenswertem Umfang die spezifischen Mittel des Krankenhauses eingesetzt worden sind, ist ausgeschlossen.

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 987,52 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 v. H. über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 987,52 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über stationäre Behandlungskosten.

Nachdem der am 30.03.1933 geborene Rentner G ... P ... seit einer Woche unter Herzschmerzen litt, wurde am 04.02.2000 der Notarzt verständigt. Nach einstündiger Reanimation wurde er noch am selben Tag in das Krankenhaus der Klägerin um 22.40 Uhr eingeliefert. Beim Eintreffen zeigte er weite und entrundete Pupillen ohne Lichtreaktion und Reaktion auf starke Schmerzreize. Im EKG zeigte sich zum Teil eine geringe pulslose elektrische Aktivität, dann Asystolie. Mangels ausreichender Aussicht auf eine erfolgreiche Wiederbelebung brachen die Ärzte der Klägerin die Reanimation ab. Sie diagnostizierten einen Herz-Kreislauf-Stillstand bei elektromechanischer Entkoppelung, am ehesten auf Grund eines akuten Myokardinfarktes. In der Todesbescheinigung vom 05.02.2000 gab die Klägerin als unmittelbare Todesursache einen akuten Myokardinfarkt auf Grund einer koronaren Herzerkrankung an.

Laut Aufnahmeanzeige der Klägerin vom 17.02.2000 erfolgte die Aufnahme am 04.02.2000 um 22.45 Uhr, der Tod trat nach der Todesbescheinigung am selben Tag um 22.50 Uhr ein. Sie habe die Entlassung am 19.02.2000 um 22.35 Uhr geplant.

Mit Endrechnung für den stationären Aufenthalt machte die Klägerin geltend: Basisallgemein in Höhe von 116,01 DM, Abteilungspflegesatz intensiv 1.804,41 DM und Zuschlag 11,00 DM, zusammen 1.931,42 DM.

Daraufhin holte die Beklagte zur Überprüfung ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) von Dr. S ... vom 21.11.2000 ein. Danach entsprächen die jeweils durchgeführten Maßnahmen der EBM-Nr. 332. Zusätzliche Maßnahmen, die nicht im EBM-Katalog definiert seien und über eine Notfallbehandlung hinausgingen, d. h. ausschließlich im Rahmen einer vollstationären Behandlung erbracht werden könnten, seien nicht ersichtlich.

Die Beklagte teilte daraufhin unter dem 18.12.2000 mit, dass sie die geltend gemachten Kosten nicht übernehmen werde.

Die Klägerin hat deshalb am 09.12.2002 Klage zum Sozialgericht Dresden erhoben. Sie sei berechtigt, stationäre Behandlungskosten geltend zu machen, da G ... P ... in den Stationsbetrieb und das Versorgungssystem der Klinik eingegliedert worden sei. Entscheidend für den stationären Aufenthalt sei der wirtschaftliche, technische und personelle Aufwand, den sie habe betreiben müssen. Die für die Wiederbelebungsmaßnahmen erbrachten vorbe-reitenden Maßnahmen wären ambulant nicht erbringbar gewesen, wie die Bereitstellung und Aufrüstung eines Bettenplatzes mit Monitor, Vorbereitung eines Beatmungsgerätes, Bereitstellung des Notfallwagens mit Defibrillator, Bereitstellung von Material für die Anlage von Kathetern und Perfusoren zur Verabreichung von Medikamenten. Noch vor der Ankunft des

Patienten habe sie die Notfallversorgungsapparaturen in Gang gesetzt. Entscheidend sei der Aufnahmezeitpunkt. Der Patient sei als vollstationärer Notfall aufgenommen worden. Der vorangegangene Notdienst solle lediglich helfen, den Patienten bis zur normalen Versorgung im Krankenhaus lebenserhaltend zu überbrücken. Eine nur "not-fallmäßige" Behandlung des Patienten hätte der ärztlichen Sorgfaltspflicht widersprochen, zumal nicht absehbar gewesen sei, ob eine Herzoperation hätte eingeleitet werden können und müssen. Sie habe auch Nachbereitungsaufwand betreiben müssen. Der Patient habe ein normales Klinikbett belegt und sei nicht nur im Wege des Notdienstes versorgt worden. Die Länge der stationären Betreuung sei hierfür unmaßgeblich. Der Leistungsumfang sei nicht entscheidend. Nach ihrem Behandlungsplan hätte der Aufenthalt des Patienten mehr als einen Tag andauert. Auch vom wirtschaftlichen Standpunkt her sei ein tagesgleicher Pflegesatz nicht überzogen, weil kein Aufenthalt ohne jegliche ärztliche Behandlung stattgefunden habe.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 987,52 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 v. H. über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Es habe sich um eine ambulante Notfallbehandlung gehandelt. Bereits bei Eintreffen habe der Patient weite, entrundete Pupillen ohne Lichtreaktion und Reaktionen auf Schmerzreize aufgewiesen. Die Schwelle zu einer eindeutig stationären Behandlung sei nicht überschritten worden. Maßgeblich seien die tatsächlichen Leistungen, die die Klägerin erbracht habe; die Prognoseentscheidung des Krankenhausarztes werde insoweit korrigiert. Der Patient sei verstorben, bevor das Krankenhaus in Qualität und Umfang – über ambulante Notfallmaßnahmen hinausgehende – Maßnahmen hätte anwenden können. Die 10-minütige Aufenthaltsdauer begründe keinen Bedarf wie bei einem stationären Aufenthalt hinsichtlich Unterkunft und Verpflegung. Sie habe nicht ausschließlich Maßnahmen angewendet, die nur von der Klägerin mit ihren Mitteln als Krankenhaus erbringbar gewesen wären. Vielmehr habe sie sich auf die Feststellung des Todes beschränkt. Da der Patient "bereits tot eingetroffen" sei, sei er nicht mehr stationär aufnahmefähig gewesen. Unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten sei keine Kostenübernahme wie für eine stationäre Behandlung geboten.

Nach dem Scheitern von Vergleichsverhandlungen hat das Sozialgericht Dresden den Rechtsstreit mit Beschluss vom 10.05.2005 an das Sozialgericht Leipzig verwiesen. Durch Beweisanordnung vom 20.07.2005 hat es Prof. Dr. H ... mit der Erstellung eines kardiologischen Gutachtens nach Aktenlage betraut. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Akteninhalt, eine Gerichtsakte, eine Verwaltungsakte der Beklagten und Krankenhausunterlagen der Klägerin, verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als echte Leistungsklage statthaft und zulässig (§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG)), weil es sich um eine Zahlungsklage im Gleichordnungsverhältnis handelt. Es bedarf mithin weder eines Vorverfahrens noch der Einhaltung einer Klagefrist (wie hier: BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az: [B 3 KR 33/99 R](#)).

Die Klage ist auch begründet. Die Beklagte ist verpflichtet, die von der Klägerin geltend gemachten Kosten für eine stationäre Behandlung des bei der Beklagten versicherten G ... P ... in Höhe von 987,52 EUR zuzüglich Zinsen zu übernehmen. Denn während der Notfallbehandlung wurde eine als stationäre Behandlung abzurechnende Krankenhausleistung erbracht, die nach der BPflV zu vergüten ist.

Versicherte haben Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u. a. die Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 1 und 2 Nr. 5 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)). Gemäß § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115 a) sowie ambulant (§ 115 b) erbracht. Nach Satz 2 der Vorschrift haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme durch Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Die Klägerin ist unstreitig ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V, weil das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen ist (Plankrankenhaus). Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung (§ 39) der Versicherten verpflichtet.

Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften dieses Gesetzbuchs mit dem Krankenträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu führen (§ 109 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V). Nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser vergütet (§ 1 Abs. 1 BPflV). Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlungen, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen (§ 2 Abs. 1 Satz 1 BPflV). Allgemeine Krankenhausleistungen sind nach Maßgabe des § 2 Abs. 2 BPflV die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Die Pflegesätze für allgemeine Krankenhausleistungen sind für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen und dürfen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags (ausgenommen: die Behandlung von Notfallpatienten) berechnet werden (§ 14 Abs. 1 BPflV). Die Abteilungs- und Basispflegesätze sowie die entsprechenden teilstationären Pflegesätze werden für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag des Krankenhausaufenthalts berechnet (Berechnungstag); der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahme-tag ist, wird nur bei teilstationärer Behandlung berechnet (§ 14 Abs. 2 BPflV).

Im Unterschied zur ambulanten Behandlung ist der Patient bei stationärer Versorgung physisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses eingegliedert (wie hier: Wagner, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, § 39 Rdnr. 4 EL 33). Hierbei resultiert die grundsätzliche Zahlungsverpflichtung der Beklagten - unabhängig von einer etwaigen Kostenzusage - bereits aus dem Sachleistungsprinzip. Nach [§ 2 Abs. 2 SGB V](#) erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses oder das Neunte Buch nichts Abweichendes vorsehen. Nach Satz 3 der Bestimmung schließen die Krankenkassen über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge mit den Leistungserbringern.

Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht damit ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in §§ 16 f Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach Maßgabe der BPFIV in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenhausträgern und Krankenkasse festgelegt wird (BSG, Urteil vom 23.07.2002, Az: [B 3 KR 64/01 R](#)). Mit der Krankenhausbehandlung durch einen zugelassenen Leistungserbringer wird somit der Sachleistungsanspruch des Versicherten realisiert (vgl. [§ 2 Abs. 2 SGB V](#)). Zugleich wird konkludent über dessen konkreten Leistungsanspruch entschieden. Solange die Krankenkasse gegenüber dem Versicherten schweigt, muss diese die Entscheidung gegen sich gelten lassen. Nachträgliche Einwendungen gegen ihre Leistungspflicht kann sie, ausgenommen im Falle des Missbrauchs durch den Versicherten, nur im Verhältnis zum Leistungserbringer geltend machen (BSG, in: Breithaupt 1997, 16). Eine - in Form einer stationären Behandlung zu vergütende - Sachleistung (Krankenhausleistung) im Sinne des § 1 Abs. 1 BPFIV hat die Klägerin im streitigen Zeitraum erbracht.

Wenngleich die Verordnung durch einen Vertragsarzt, ausgenommen Notfälle, Voraussetzung für die von der Krankenkasse geschuldete Krankenhausbehandlung ist, ist die Therapiefreiheit des Krankenhausarztes dadurch grundsätzlich nicht eingeschränkt. Vielmehr bleibt es diesem überlassen, über Art und Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung selbst zu entscheiden (BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az: [B 3 KR 33/99 R](#)). Hierbei hat das Krankenhaus eigenverantwortlich zu prüfen, ob eine Krankenhausbehandlung notwendig ist. Dies geht insbesondere aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) hervor. Es darf sich insoweit ggf. auch nicht auf die Beurteilung des Vertragsarztes verlassen, weil die Therapiefreiheit des Krankenhausarztes, auch nicht durch Verordnung des Vertragsarztes, eingeschränkt ist (wie hier: BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az: [B 3 KR 33/99 R](#)). Das bedeutet, dass sich die erforderliche Behandlung nach der Art der Erkrankung mit Aussicht auf Erfolg nur in einem Krankenhaus mit dessen besonderen Mitteln durchführen lässt. Ähnlich wie bei der Prüfung der Erforderlichkeit von Rehabilitationsleistungen gilt damit auch insoweit ein "gestuftes System" (vgl. dazu auch: SG Leipzig, Urteil vom 04.07.2006, Az: S 8 KR 6/05). Für die stationäre Behandlung ist damit entscheidend, dass sich eine Behandlung mit den spezifischen Mitteln des Krankenhauses als erforderlich erweist. Ob die Krankenhausbehandlung tatsächlich erforderlich ist, entscheidet zunächst deshalb der verantwortliche Krankenhausarzt.

Die stationäre Aufnahme des Versicherten war hier im Wege der Notfall-Aufnahme medizinisch geboten gewesen. Anders als von der Beklagten zuletzt mit Schriftsatz vom 26.09.2005 angegeben, war, nach sämtlichen medizinischen Unterlagen und auch nach dem eingeholten Gutachten nach Aktenlage von Prof. Dr. H ..., der Patient nicht tot bei der Klägerin eingetroffen, sodass eine stationäre Aufnahme grundsätzlich möglich war.

Nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) iVm der Pflegesatzvereinbarung ist die Krankenkasse jedoch nur verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, wenn die Versorgung im Krankenhaus erforderlich ist ([§ 39 SGB V](#)). Als Teil der Krankenbehandlung im Sinne des [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) muss sie notwendig sein, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Für den Fall, dass kostengünstigere Behandlungsformen ausgereicht hätten, hätte ein Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung nicht bestanden. Nur dann, wenn sich die Entscheidung des Krankenhausarztes nach seinen jeweiligen Erkenntnismöglichkeiten als nicht vertretbar herausstellt, entfällt die Zahlungspflicht der Krankenkasse für die stationäre Versorgung eines Versicherten (BSG, Urteil vom 13.12.2001, Az: [B 3 KR 11/01 R](#); Schleswig-Holsteinisches LSG, Urteil vom 22.03.2006, Az: [L 5 KR 160/04](#)).

Der Krankenkasse ist dafür ein eigenständiges Überprüfungsrecht eingeräumt. Zwar ergibt sich aus [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), dass die Krankenkassen lediglich in gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, die Verpflichtung trifft, zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen und Zusammenarbeit der Rehabilitationsträger nach den §§ 10 bis 12 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt, eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen. Gleichwohl ist die Krankenkasse trotz des engen Wortlautes der Bestimmung berechtigt, alle Leistungsarten des [§ 11 SGB V](#) zu überprüfen. Die Überprüfung der Leistungen erfasst hierbei alle im Zusammenhang mit der Leistungsgewährung relevanten medizinischen Fragen. Insbesondere ist neben den beispielhaft angesprochenen (medizinischen) Leistungsvoraussetzungen auch zu prüfen, unter welchen Gesichtspunkten welche Leistung dem Grunde und der Höhe nach angezeigt ist. Hierbei soll die gutachterliche Stellungnahme des MDK dazu beitragen, aus der breiten Palette der Ansprüche aus der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherten die aus medizinischer Sicht optimale und zugleich wirtschaftlichste Leistung bereitzustellen (eben-so: Baier, in: Krauskopf, a.a.O., § 275 Rdnr. 6 EL 47).

In erweiternder Auslegung des Gesetzeswortlautes des [§ 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) ist damit den Krankenkassen das Recht zuzubilligen, eine Krankenhausabrechnung auch rechnerisch bzw. sachlich zu überprüfen, selbst wenn ihrem Wortlaut nach die Vorschrift lediglich die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Leistungen beinhaltet. Denn die Abrechnungsüberprüfung wird vom Regelungsgehalt der Vorschrift mit umfasst, weil sie der dort geregelten Wirtschaftlichkeitsprüfung notwendigerweise vorgeschaltet ist (wie hier: BSG, Urteil vom 23.07.2002, a.a.O.; vgl. auch: SG Leipzig, Urteil vom 26.01.2006, Az: [S 8 KR 277/05](#), veröff. in "juris").

Hiergegen spricht auch nicht die zuvor genannte "Einschätzungsprärogative" des Krankenhausarztes. Denn die Krankenkasse ist berechtigt, nach der Krankenhausaufnahme die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zu überprüfen und davon eine Kostenübernahmeerklärung abhängig zu machen (vgl.: BSG, Urteil vom 17.05.2000, Az: [B 3 KR 33/99 R](#)). Andernfalls hätte es der gesetzlichen Einschränkung, wonach eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nur bei medizinischer Erforderlichkeit gerechtfertigt ist ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) und der Krankenkasse in Zweifelsfällen über den MDK das Recht der Überprüfung zusteht ([§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)), nicht bedurft. Bei Zweifeln an der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung ist der MDK einzuschalten (vgl. auch: [§ 276 Abs. 4 SGB V](#), sowie SG Leipzig, Urteil vom 26.01.2006, Az: [S 8 KR 539/04](#), veröff. in "juris").

Nach den Kriterien der gesetzlichen Krankenversicherung ist für die Notwendigkeit stationärer Unterbringung und Behandlung darauf abzustellen, ob - wie aufgezeigt - die spezifischen Mittel des Krankenhauses erforderlich sind, um das Behandlungsziel zu erreichen. So lag

der Fall hier: Der Klägerin steht während des geltend gemachten Zeitraums ein Vergütungsanspruch zu; denn der betroffene Patient war in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses integriert. Nach erlittenem Herzinfarkt und vergeblichen Bemühungen des Notarztes bedurfte es des Einsatzes der spezifischen Mittel des Krankenhauses, um in lebensgefährdender Lage die Möglichkeiten zur Wiederbelebung aufrecht zu erhalten. Zu Recht weist die Klägerin darauf hin, dass nur noch durch eine stationäre Aufnahme bei der Klägerin die – allerdings geringe und sich nicht mehr verwirklichende – Chance auf Lebensrettung aufrecht zu erhalten war. Hierfür waren die speziellen (technischen und personellen) Mittel des Krankenhauses der Klägerin erforderlich, um die noch möglichen Maßnahmen einzuleiten. Diese Maßnahmen hat die Klägerin auch tatsächlich eingeleitet. Eine Versorgung "im Krankenhaus" selbst fand insofern statt (vgl. § 2 Abs. 1 i.V.m. § 1 BpflV).

Nach der Rechtsprechung des 3. Senats des Bundessozialgerichts, der sich das erkennende Gericht anschließt (vgl. BSG, Urteil vom 04.03.2004, Az: [B 3 KR 4/03 R](#)), kann bei bestehenden Abgrenzungsschwierigkeiten von voll-stationärer, teil-stationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung nur vom Merkmal der Aufenthaltsdauer ausgegangen werden. Demzufolge liegt eine stationäre Behandlung vor, wenn eine physische und organisatorische Eingliederung des Patienten das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses gegeben ist, die sich zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Hierbei ist von der geplanten Krankenhausaufenthaltsdauer auszugehen.

Ausweislich der – nachträglich erstellten – Aufnahmeanzeige vom 07.02.2000 war eine Entlassung am 19.02.2000 geplant. Dies ist auch wirklichkeitsnah, da regelmäßig bei erfolgreicher Wiederbelebung nach Herzinfarkt bzw. nach Operation eine längere stationäre Verweildauer erforderlich ist.

Der Patient war während der Aufnahme planmäßig in das Versorgungssystem des Krankenhauses integriert. Dass der Patient bereits nach wenigen Minuten Aufenthaltsdauer im Krankenhaus der Klägerin verstarb, spricht nicht gegen eine stationäre Aufnahme; denn es ist – wie aufgezeigt – nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, der die erkennende Kammer folgt, grundsätzlich von der geplanten Aufenthaltsdauer auszugehen.

Die Beklagte kann dem nicht mit Erfolg entgegenhalten, dass lediglich auf die tatsächlichen Maßnahmen abzustellen sei; zum einen hat die Klägerin – unstreitig – das zur Lebensrettung des Patienten Erforderliche getan; zum anderen hätte sie sich bzw. ihr Personal im Falle des Unterlassens weiterer Maßnahmen in strafrechtlich relevanter Weise schuldig machen können, wenn sie – trotz geringer Chancen – das ihr noch Mögliche zur Lebensrettung des Patienten unterlassen hätte. Eine "Kosten-Nutzen-Analyse" ist der gesetzlichen Krankenversicherung insoweit fremd. Wenn sich rückblickend betrachtet der "Einsatz der spezifischen Mittel des Krankenhauses nicht lohnte", kann dies nicht zu Lasten des Leistungserbringers gehen (im Ergebnis ebenso: SG Dresden, Urteil vom 24.02.2005, Az.: S 18 KR 181/02). Auch für einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum von wenigen Minuten war eine stationäre Unterbringung mithin im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) "erforderlich". Die Notwendigkeit/Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung ist indes ein objektives Tatbestandsmerkmal (BSG, Beschluss vom 03.08.2006, Az: [B 3 KR 1/06 S](#)).

Hierbei war ferner zu berücksichtigen, dass bei Herzerkrankungen grundsätzlich der Einsatz krankenhausspezifischer Geräte im Vordergrund steht und der Einsatz von Ärzten, Hilfskräften und Pflegepersonal sowie die Medikation die Notwendigkeit einer stationären Behandlung rechtfertigt (anders als bei psychiatrischen Erkrankungen, vgl. [BSGE 94, 161](#) (164 f)), wenngleich dieser allein noch nicht die Notwendigkeit stationärer Behandlung begründet; denn für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung wird weder eine apparative Mindestausstattung, noch geschultes Pflegepersonal oder ein jederzeit präsender bzw. rufbereiter Arzt verlangt, da für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung weder der Einsatz aller dieser Mittel gefordert noch stets als ausreichend angesehen wird. Vielmehr ist eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen (BSG, Beschluss vom 03.08.2006, Az: [B 3 KR 1/06 S](#)), die hier auf Grund des von der Klägerin betriebenen personellen und apparativen Aufwands die stationäre Aufnahme des Versicherten rechtfertigt. Die Grundvoraussetzung für den Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses für eine stationäre Behandlung nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) nach Maßgabe der Vorschriften des KHG und der BpflV, eine voll- oder teilstationäre Behandlung, hat somit tatsächlich vorgelegen.

Demgegenüber lässt sich auch nicht auf eine "finale Betrachtungsweise" abstellen, und zwar dergestalt, dass im Nachhinein der Erfolg des klinischen Mitteleinsatzes für die Vergütung von Krankenhausleistungen herangezogen wird. Vielmehr erfordert die Rechtsprechung des BSG zur Abgrenzung von stationärer zu ambulanter Behandlung wegen des Kriteriums der "geplanten Aufenthaltsdauer" eine vorausschauende, in die Zukunft gerichtete Betrachtung, keine nachträgliche ökonomische Bewertung von Krankenhausleistungen. Im Übrigen hat das Bundessozialgericht eine finale Betrachtung im anderen Zusammenhang und auf einem anderen Rechtsgebiet angestellt (vgl.: Urteil vom 14.12.1994, Az: [4 RK 1/93](#)), d. h. hinsichtlich der Versicherungspflicht von Beschäftigten in Behindertenwerkstätten, sodass diese Entscheidung auf den vorliegenden Fall nicht übertragbar ist.

Wenngleich der Sachverständige im Ergebnis zu einer anderen Bewertung kommt, betont er in seinem Gutachten vom 09.08.2005, dass der Patient stationär aufgenommen worden war. Nach stationärer Einlieferung und Aufnahme hat es wegen fehlender Pupillenreaktion und geringer pulsloser elektrischer Aktivität im EKG mit anschließender Asystolie die Reanimation nach 5 Minuten eingestellt, sodass eine weiterführende zusätzliche Behandlung nicht mehr möglich war. Die notwendigen Sofortmaßnahmen der Notfalltherapie seien ambulant erbracht und stationär nach 5 Minuten wegen zu erwartender Erfolglosigkeit eingestellt worden.

Dass die "Schwelle einer eindeutig stationären Behandlung" nicht überschritten worden sei, spricht nicht gegen den Kostenübernahmeanspruch der Klägerin; denn die "Schwelle" ist insoweit kein juristisches Kriterium. Der Sachverständige betont zwar, dass eine voll-stationäre "Behandlung" sich wegen Versterbens nicht mehr verwirklichen konnte und sich die Tätigkeit der Klägerin insoweit im Wesentlichen auf die Feststellung des Todes beschränkt habe. Entscheidend ist jedoch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 17.03.2005, Az: [B 3 KR 11/04 R](#)) nicht die tatsächlich erbrachte Maßnahme, sondern die stationäre Aufnahme nach der geplanten Aufenthaltsdauer. Insoweit ist erforderlich, dass sich nach dem "Behandlungsplan" des Krankenhausarztes die Aufenthaltsdauer über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt.

Zu Recht weist die Klägerin darauf hin, dass es bei Notfallpatienten in der Regel nicht so ist, dass der Patient erst untersucht und dann von den Ärzten ein Behandlungsplan erstellt wird. Vielmehr wird er sofort stationär behandelt; denn in einem reanimationspflichtigen Notfall wird im Rahmen einer Eingangsuntersuchung von den Ärzten nicht vorab festgestellt, ob eine stationäre Behandlung erforderlich ist. Für

reanimationspflichtige Notfallpa-tienten steht von vornherein fest, dass nur eine stationäre Behandlung in Frage kommt. Die Alternative, nur ambulant zu behandeln, stellt sich in diesen Fällen nicht. Wegen des Zeit-drucks ist in lebensgefährlichen Situationen, wie bei der des Versicherten, umgehend zu lebenserhaltenden Maßnahmen zu greifen. Bei Herzinfarkt-Patienten, die nach vergebli-chen Bemühungen des Notarztes in das Krankenhaus eingeliefert werden, ist die stationäre Weiter-Behandlung im Krankenhaus regelmäßig noch die letzte Möglichkeit zur Lebens-erhaltung.

Dem steht auch nicht das eingeholte Sachverständigengutachten von Prof. Dr. H ... entge-gen. Nach der vorgenannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann bei Abbruch einer begonnenen stationären Krankenhausbehandlung diese nicht nachträglich in eine bloß "vorstationäre Maßnahme" verändert werden. Unter bestimmten Voraussetzungen kann lediglich aus einer als ambulant oder vorstationär geplanten Maßnahme eine stationä-re Krankenhausbehandlung werden, nicht aber – wie hier - im umgekehrten Fall.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Da die nicht zum privilegierten Personenkreis nach [§ 183 SGG](#) gehörende Klägerin im Rechtsstreit obsiegt hat, hat die Beklagte die Kosten des Verfahrens zu tragen.

Festzusetzen war der Streitwert der Hauptsache, wie er sich letztlich aus dem Antrag der Klägerin ergibt.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2007-02-23