

L 1 KR 73/02

Land

Schleswig-Holstein

Sozialgericht

Schleswig-Holsteinisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Kiel (SHS)

Aktenzeichen

S 17 KR 91/01

Datum

07.06.2002

2. Instanz

Schleswig-Holsteinisches LSG

Aktenzeichen

L 1 KR 73/02

Datum

19.08.2003

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

3 KR 5/04 R

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 7. Juni 2002 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat der Beklagten die Kosten für beide Rechtszüge zu erstatten. Insoweit wird das angefochtene Urteil abgeändert. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin einen Anspruch auf Zahlung des Pflegesatzes für eine stationäre Behandlung gegenüber der Beklagten hat.

Der 1998 geborene bei der Beklagten gegen Krankheit versicherte D -M S erschien am 9. März 1999 um 07.00 Uhr in der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Klägerin mit der Diagnose "Lippenspalte", nachdem am 2. - 5. März 1999 ein Lippenverschluss links in Intubationsnarkose vorgenommen worden war. Am 9. März 1999 wurde unter Sedierung mit Chloralhydrat das Nahtmaterial entfernt. Um 11.30 Uhr wurde der Versicherte wieder entlassen. Mit Rechnung vom 16. März 1999 stellte die Klägerin der Beklagten den Abteilungspflegesatz für einen Tag in Höhe von 804,95 DM und den Basispflegesatz für eine vollstationäre Behandlung für einen Tag in Höhe von 134,83 DM, insgesamt 939,78 DM in Rechnung. Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Hamburg ein und teilte der Klägerin mit Schreiben vom 5. Mai 1999 mit, die durchgeführte Behandlung sei nur als nachstationäre Behandlung zu werten, daher müsse sie den Kostenübernahmeantrag für eine vollstationäre Behandlung ablehnen. Prof. Dr. H als Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie der Klägerin führte im Schreiben vom 18. Mai 1999 aus, in der Regel verblieben Säuglinge nach der Operation einer Lippenspalte bis zum siebten postoperativen Tag stationär in der Klinik und würden erst nach Entfernung des Nahtmaterials entlassen. Um Kosten zu sparen und die Liegezeiten der Patienten möglichst kurz zu halten, entlasse die Klinik Patienten nach einer Lippenoperation am zweiten oder dritten postoperativen Tag und nehme die Kinder für die Nahtentfernung am siebten Tag noch einmal auf. Dies erspare der Krankenkasse Kosten. Die Entfernung des Nahtmaterials erfordere eine Narkose mit Chloralhydrat, außerdem müssten EMLA-Pflaster verwendet werden, um eine schmerzfreie komplikationslose Nahtentfernung zu ermöglichen. Dies erfordere eine stationäre Aufnahme, da die Kinder eine bis eineinhalb Stunden vor dem Eingriff im Bett liegen und vorbereitet werden müssten und eine Überwachung bis zum Nachmittag erfolgen müsse. Die Beklagte holte eine weitere Stellungnahme des MDK ein und lehnte mit Schreiben vom 28. Juni 1999 den Antrag erneut ab.

Am 25. Juni 2001 hat die Klägerin beim Sozialgericht Kiel Klage erhoben. Sie hat vorgetragen, der Versicherte habe sich vom 1. bis 5. März und am 9. März 1999 in der Klinik befunden. Die stationäre Behandlung sei ärztlich angeordnet gewesen. Mit der Durchführung der medizinischen Behandlung sei der Kostenübernahmeanspruch des Versicherten gegenüber der Beklagten entstanden und auf sie als Leistungserbringerin übergegangen. Der abstrakte Sachleistungsanspruch des Versicherten sei durch die behandelnden Ärzte konkretisiert worden. An deren Entscheidung sei die Beklagte als Krankenversicherungsträger gebunden, sofern keine vermeidbare Fehlentscheidung vorliege, indem die behandelnden Ärzte vorausschauend hätten erkennen können, dass die Beschwerden nicht die Mittel eines Krankenhauses erforderten. Dies sei hier nicht der Fall. Die stationäre Aufnahme sei notwendig gewesen. Die Narkose mit Chloralhydrat und die zusätzliche Anwendung von EMLA-Pflastern sei durchgeführt worden, um eine schmerzfreie komplikationslose Nahtentfernung vornehmen zu können. Die Höhe des Anspruchs ergebe sich aus den normativen und vertraglichen Vorschriften. Es habe sich um eine vollstationäre Behandlung gehandelt, denn der Versicherte habe ärztliche Behandlung und Versorgung, Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung erhalten. Sie - die Klägerin - habe sogar einen geringeren als den festgesetzten Pflegesatz angesetzt.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 939,78 DM nebst 5 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszins- satz gemäß § 1 Diskontsatz-

Überleitungsgesetz ab Rechtshängigkeit zu zahlen, hilfsweise die Berufung zuzulassen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat ausgeführt, eine Lippenspalte werde üblicherweise auch bei Säuglingen ambulant behandelt. Eine Liegezeit von sieben Tagen wäre für die Behandlung jedenfalls unwirtschaftlich. Es sei hier eine nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) als ausreichende und zweckmäßige Behandlung durchgeführt worden. Eine vollstationäre Behandlung sei unwirtschaftlich gewesen. Dies habe eine weitere eingeholte Stellungnahme des MDK Hamburg ergeben. Sie stelle einen Vergütungsanspruch der Klägerin nicht grundsätzlich in Abrede.

Das Sozialgericht Kiel hat mit Urteil vom 7. Juni 2002 die Beklagte verurteilt, die von der Klägerin am 9. März 1999 erbrachte Leistung mit einer nachstationären Pauschale zu vergüten, im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Die Berufung hat es zugelassen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, es könne dahingestellt bleiben, ob eine vollstationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten notwendig gewesen sei, denn die tatsächlich erbrachte Leistung sei keine vollstationäre Krankenhausbehandlung gewesen. Weder das SGB V, noch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) oder die Bundespflegesatzverordnung (BpflV) enthielten eine Begriffsbestimmung der vollstationären, teilstationären, vor- und nachstationären oder ambulanten Behandlung. Es könne auf die Regelungen über die medizinischen Rehabilitationsleistungen nach § 40 SGB V zurückgegriffen werden. Nach dieser Vorschrift könnten ambulante Rehabilitationsleistungen in entsprechenden Einrichtungen erbracht werden, wenn ambulante Krankenbehandlungen nicht ausreichten, darüber hinaus auch stationäre Rehabilitationsleistungen mit Unterkunft und Verpflegung. Daraus werde erkennbar, dass zwischen der ambulanten und der stationären Behandlung ein Stufenverhältnis bestehe und dass die stationäre Behandlung eine Unterkunft und Verpflegung erfordere. Diese Merkmale würden auch in § 107 Abs. 1 Ziff. 4 SGB V genannt und kennzeichneten die stationäre Behandlung. Das Ausmaß an ärztlichen und pflegerischen Leistungen sei in diesem Zusammenhang demgegenüber unbeachtlich. Das werde an der Regelung des § 115b Abs. 1 Nr. 1 SGB V über das ambulante Operieren deutlich. Wenn ein niedergelassener Arzt derartige Leistungen erbringe, könne er nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) Zuschläge abrechnen, wenn die notwendigen sachlichen und personellen Bedingungen hierfür erfüllt seien, also Lagerungs- und Ruhemöglichkeiten sowie die Ausrüstung zur Reanimation und Schockbehandlung vorgehalten würden. Der EBM sehe für die Beobachtung und Betreuung des Patienten während der Aufwach- bzw. Erholungszeit nach Stunden abgestaffelte weitere Leistungsziffern vor. Dies könne über 12 Stunden hinausgehen. Die Vertragspartner des EBM sähen eine derartige Behandlung daher noch nicht als Unterkunft an. Die Gewährung von Unterkunft verlange vielmehr, dass der Patient die Nacht über im Krankenhaus verbringe. Dies sei zwar im Gesetz nicht begrifflich erwähnt, die Auslegung ergebe sich jedoch aus dem allgemeinen Sprachgebrauch und werde auch in anderen Rechtskreisen, beispielsweise im Lohnsteuerrecht, in den Regelungen des Bundesangestelltentarifs und im Reisekostenrecht der Beamten so verstanden. Auch das BSG nehme für die Abgrenzung zwischen der Krankenhausbehandlung und stationären Rehabilitation auf das Merkmal des Nachtaufenthalts Rückgriff. Allein die stationäre Aufnahme in einer geeigneten Einrichtung mit einer mehr oder weniger zeit- und personalintensiven Betreuung und vorübergehenden Unterbringung begründe keinen Anspruch auf gesonderte Vergütung der Unterkunfts-, Verpflegungs- und Be-treu-ungskosten. Es sei zwar zu berücksichtigen, dass nach der BpflV der Abteilungs- und Basispflegesatz für den Aufnahmetag und jeden weiteren Tag berechnet werde, während der Entlassungs- oder Verlegungstag, der nicht zugleich Aufnahmetag sei, nur bei teilstationärer Behandlung abrechenbar sei. Daraus dürfe jedoch nicht geschlossen werden, dass dann, wenn der Aufnahme- und der Entlassungstag identisch seien, die Pflegesätze berechnet werden könnten. Denn fehle es an einer stationären Behandlung, kämen die Vorschriften der BpflV überhaupt nicht zur Anwendung. An dieser Rechtslage ändere sich nichts, wenn den Kalkulationspflegesätzen weniger die Unterbringungskosten, als vielmehr die ärztlichen, pflegerischen und operativen Kosten zu Grunde lägen, da derartige Kosten auch von ambulant tätigen Praxen vorzuhalten seien und durch die Kalkulationsgrundlage keine Änderung der sachlich-begründeten Abgrenzung vorgenommen werden könne. Allerdings sehe § 115b SGB V neben der postoperativen Betreuung auch das sog. "betreute Schlafen" vor, wenn Patienten zu Hause keine hinreichende Versorgung hätten. Da die erbrachte Leistung jedoch die Voraussetzungen für eine nachstationäre Behandlung erfülle, weil durch sie der Behandlungserfolg der Operation am 2. März 1999 gesichert werde, stehe der Klägerin die entsprechende Pauschale zu. Ob diese angesichts des Aufwandes für die Entfernung des Nahtmaterials kostendeckend sei, sei unmaßgeblich.

Gegen die ihr am 10. Juli 2002 zugestellte Entscheidung hat die Klägerin am 12. Juli 2002 beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht Berufung eingelegt. Sie trägt vor, die vereinbarten Pflegesätze deckten sowohl die vollstationäre als auch die teilstationäre Behandlung ab. Denn die Vertragspartner hätten außerhalb des Dialysebereichs und der Tageskliniken keinen eigenen Pflegesatz für die teilstationäre Behandlung vereinbart. Es sei daher zwischen der Voll- und teilstationären Behandlung, der prä- und poststationären Behandlung und der ambulanten Behandlung zu unterscheiden. Für die Abgrenzung könne man nicht auf die Unterkunft und die Übernachtung abstellen. Denn diese Merkmale seien bei der teilstationären Behandlung ebenfalls nicht gegeben. Daher wäre unter diesem Ansatz eine Unterscheidung zwischen voll- und teilstationärer Behandlung nicht möglich. Die Gewährung von Unterkunft sei im Sprachgebrauch auch vorübergehend - ohne eine Übernachtung - möglich. Begriffsbestimmungen anderer Rechtsbereiche könnten nicht maßgeblich herangezogen werden, weil sie durch den anders gearteten Zusammenhang einen anderen Bedeutungsinhalt haben könnten. Es sei auch untauglich, Rechtsprechung zu diesen Rechtsbereichen her-an-zuziehen, die keine Begriffsbestimmung vornehme, sondern lediglich die vorgegebenen Tatsachen zum Gegenstand habe. Da der ärztlichen und pflegerischen Betreuung für die Krankenhausbehandlung die wesentliche Bedeutung zukomme, könne das Merkmal der Übernachtung keinen maßgeblichen Inhalt für den Begriff der stationären Behandlung haben. Nach § 13 Abs. 1 bis 3 BpflV decke der Abteilungspflegesatz die ärztliche und pflegerische Tätigkeit in jeder organisatorisch selbstständigen bettenführenden Abteilung ab, unabhängig davon, ob der Patient übernachtete. Maßgeblich sei allein der erforderliche Grad und die Intensität der ärztlichen und pflegerischen Leistungen. Die sämtlichen in § 16 Abs. 3 BpflV genannten Kostenfaktoren der Unterkunft und Verpflegung stellten nicht auf eine Übernachtung ab (Wasser, Strom, Heizung, normale Reinigung, Wäschereinigung sowie Kosten der Küche und Lebensmittel). Sinn der stationären Krankenhausbehandlung sei nicht die Übernachtung, sondern die medizinische Behandlung des Patienten. Die Auffassung des Sozialgerichts als richtig unterstellt, wäre dieselbe Behandlung der Versicherten als stationäre Behandlung abzurechnen, wenn die Aufnahme abends, die Operation und Be-treuung in der Nacht und die Entlassung am Morgen erfolgt wären. Der Vergleich zu den ambulanten Operationen nach § 115b SGB V sei unergiebig. Denn deren Durchführung setze eine vorherige Entscheidung des Krankenhausträgers voraus. Sie habe sich dazu entschlossen, keine ambulanten Operationen durchzuführen. Die Wahl der stationären Krankenhausbehandlung erfolge gerade dann, wenn die Operationen nicht mehr ambulant durchgeführt werden könnten. Die Notwendigkeit dazu werde jedoch nicht durch eine Übernachtung, sondern von medizinischen Gründen beeinflusst.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 7. Juni 2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie

939,78 DM, entsprechend 480,50 Euro, nebst der vertraglichen Verzinsung zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt vor, die Betreuung nach der Nahtentfernung, die Nutzung eines Bettes für wenige Stunden und die Verpflegung während des Aufenthalts stellten keine Eingliederung in das Versorgungssystem eines Krankenhauses dar. Eine derartige Auffassung lasse die Wertungen des Gesetzgebers nach [§ 115b SGB V](#), nach dem die Möglichkeit der ambulanten Operationen im Krankenhaus bestehe, außer Acht. Es bestehe die gesetzliche Vermutung, dass auch eine mehr oder weniger zeit- und personalintensive Nachbetreuung während der Aufwach- und Erholungszeit grundsätzlich der ambulanten Versorgung zuzuordnen seien. Erst weitere Leistungen könnten der Maßnahme den Charakter einer stationären Behandlung geben, die hier aber nicht erbracht worden seien. Die Frage, ob eine ambulante oder stationäre Behandlung durchgeführt worden sei, sei auch nicht vom Willen des Krankenhausträgers abhängig. Die Einschätzungsprärogative eines Krankenhauses und seiner Ärzte beziehe sich nur auf die Notwendigkeit der Behandlung. Die rechtliche Einordnung der eingeleiteten Maßnahme obliege ihnen jedoch nicht. Es liege damit keine voll- oder teilstationäre Behandlung vor. Auf die Frage, ob die Pflegesätze neben der vollstationären auch die teilstationäre Krankenhausbehandlung abdeckten, komme es nicht an.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet. Die Entscheidung des Sozialgerichts Kiel ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Zu Recht erhebt die Klägerin eine echte Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) gegenüber der Beklagten. Zwischen den Beteiligten bestehen vertragliche Beziehungen, die ein Über- Unterordnungsverhältnis ausschließen und daher nicht durch Verwaltungsakt geregelt werden können. Aus dem Grunde scheiden eine kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 4 SGG](#)) oder eine Verpflichtungsklage zum Erlass eines Bescheides über den Vergütungsanspruch ([§ 54 Abs. 1 SGG](#)) aus.

Eine Rechtsgrundlage für einen Anspruch der Klägerin kann allein in den Regelungen des aktuellen zwischen den Beteiligten geltenden Sicherstellungsvertrages gesehen werden, in dem die Kostenerstattung bei Gewährung stationärer Krankenhausbehandlung auf der Grundlage des KHG und der BPfIV geregelt ist. Die Klägerin ist eine Hochschulklinik, die in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes aufgenommen ist. Gemäß [§ 108 Nr. 1 SGB V](#) sind Hochschulkliniken in diesem Sinne zur gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen und dürfen zulasten der Krankenkassen Krankenhausleistungen erbringen. Nach [§ 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) gilt mit ihnen im Wege einer Fiktion ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen. Ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse entsteht unmittelbar durch Inanspruchnahme der Sachleistung durch den Versicherten der Krankenkasse auf der Grundlage des aktuell geltenden Sicherstellungsvertrages (BSG, Urteil vom 21. August 1996, [3 RK 2/96](#), SozR 3 2500 § 39 Nr. 4). Die in der vorgenannten Entscheidung und auch zwischen den Beteiligten erörterte Frage, ob die Krankenkasse auch in dem Fall durch die Inanspruchnahme der Leistung gebunden ist und ein Zahlungsanspruch des Krankenhauses besteht, wenn dem Grunde nach keine Krankenhauspflegebedürftigkeit im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 2](#) und 3 SGB V bestanden hat und der Versicherte demzufolge gegenüber der Krankenkasse keinen Sachleistungsanspruch hatte, kann hier dahinstehen. Denn maßgeblich ist hier nicht, ob der Versicherte krankenhauspfegebedürftig war, sondern ob hier von der Klägerin eine stationäre Behandlung durchgeführt wurde, deren Erbringung und Inanspruchnahme einen entsprechenden Vergütungsanspruch gemäß den §§ 10 und 11 BPfIV zur Folge hatte. Dies ist zu verneinen. Denn die Behandlung des Versicherten am 9. März 1999 stellt keine stationäre Krankenhausbehandlung dar.

Das Gesetz gibt keine Definition für eine stationäre Krankenhausbehandlung. Gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor und nachstationär gemäß § 115a sowie ambulant gemäß [§ 115b SGB V](#) erbracht. Das Gesetz setzt die Begriffsinhalte der verschiedenen Behandlungsformen in dieser Vorschrift voraus. Auch das KHG und die BPfIV enthalten keine Hinweise, welche Merkmale eine stationäre Behandlung im Gegensatz zur ambulanten Krankenhausbehandlung aufweisen muss. Da hier eine vor und nachstationäre Behandlung im Sinne des [§ 115a SGB V](#) ohnehin nicht in Betracht kommt, ist allein die Abgrenzung zwischen der stationären Krankenhausbehandlung und der ambulanten Krankenhausbehandlung gemäß [§ 115b SGB V](#) zu ziehen. Die ambulante Form umfasst wesentliche Elemente einer stationären Behandlung. Nach [§§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#), 2 Abs. 1 BPfIV gehören hierzu die ärztliche Behandlung, die Krankenpflege, Versorgung mit Arznei, Heil und Hilfsmitteln, die Unterkunft und Verpflegung. Die Klägerin macht geltend, alle diese Leistungen an den Versicherten erbracht zu haben. [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) und die BPfIV gehen von einer stationären Behandlung aus und geben für die begriffliche Abgrenzung zur ambulanten Behandlung keine hinreichenden Kriterien. Auch [§ 115b SGB V](#) definiert die ambulante Krankenhausbehandlung nicht, sondern setzt den Begriff "ambulant" voraus. Eine ausschließlich sprachliche, am Wortlaut der traditionellen Begriffe "stationär" und "ambulant" orientierte Interpretation erscheint dem Senat nicht Erfolg versprechend. Dies zeigen die Ausführungen des Sozialgerichts und der Klägerin, die jede für sich Manches für sich haben, gleichwohl aber zu konträren Ergebnissen gelangen.

Das schließt aber eine begriffliche Abgrenzung nicht aus. Mögen die Begriffe "ambulant" und "stationär" speziell nach der ausdrücklich beabsichtigten so genannten Verzahnung von Krankenhaus- und vertragsärztlicher Behandlung (zum einen Ausweitung ambulanter Operationen, zum anderen Erweiterung der Behandlung durch Krankenhäuser um ambulante, vor- und nachstationäre sowie teilstationäre Formen) Randunschärfen bzw. unklare Übergangszonen aufweisen, haben sie einen klaren Begriffskern. Vollstationäre Krankenhausbehandlung ist durch die - mit der ärztlichen Prüfung der Erforderlichkeit verbundenen - "Aufnahme" ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) der Patienten in die Einrichtung gekennzeichnet; diese bewirkt, dass die Patienten dort nicht nur behandelt, sondern auch "untergebracht und verpflegt" ([§ 107 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#)) werden. Sie werden physisch und organisatorisch in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses eingegliedert (BSG SozR 3-2200 § 197 RVO unter Berufung auf die Gesetzesbegründung zu [§ 39 SGB V](#) und [BVerwGE 70, 201](#), 203 f.). Eine derartige Situation ist augenfällig gegeben, wenn sie sich zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt

(vgl. BSG SozR 3-2500 § 107 Nr. 1 = [NZS 1998, 427](#) ff. = USK 97145). Das war hier nicht der Fall. Der auf den 14. Oktober 1998 zwischen 7.00 und 17.00 Uhr begrenzte Aufenthalt der Versicherten in der Einrichtung der Klägerin spricht nach der hinter den Begriffen "stationär" und "ambulant" stehenden Typik der Lebenssachverhalte gegen eine stationäre bzw. für eine ambulante Behandlung. Letztere erschöpft sich in dem mit der Behandlung (einschließlich vor- und nachbereitender Maßnahmen) verbundenen Aufenthalt im Krankenhaus; eine Eingliederung des Patienten in dieses erfolgt nicht. Dies ergibt sich aus dem systematischen Verhältnis der beiden im Gegensatz stehenden Begriffe; für die vor- und nachstationäre Behandlung als besondere Form der ambulanten Krankenhausbehandlung ist dies ausdrücklich in [§ 115a Abs. 1 SGB V](#) geregelt ("ohne Unterkunft und Verpflegung"; vgl. auch BSG SozR 3-2200 § 197 RVO Nr. 2, Seite 6: " ... ist eine ambulante Versorgung, bei der Unterbringungskosten entstehen, ein Widerspruch in sich"). In diesem Sinne waren Aufenthalt und Behandlung des Versicherten gestaltet. Zu Unrecht beruft sich die Klägerin auf die zeit- und personalintensive Betreuung des Versicherten; eine solche führt, wie die Form der ambulanten Krankenhausbehandlung, insbesondere das ambulante Operieren ([§ 115b SGB V](#)) zeigt, keineswegs zwangs-läufig zu einer stationären Behandlung (BSG SozR 3-2200 § 197 RVO Nr. 2, Seite 5).

Um eine sicherere Unterscheidung zwischen einer voll- oder teilstationären und einer ambulanten Behandlung zu treffen, greift der Senat ergänzend auf eine Abgrenzung nach funktionalen Kriterien zurück. Ausgangspunkt hierfür ist das in [§§ 2, Abs. 4, 12 Abs. 1 SGB V](#) niedergelegte Wirtschaftlichkeitsgebot. Dieses begrenzt unmittelbar den Leistungsanspruch des Versicherten und die Befugnis der Leistungserbringer, zulasten der gesetzlichen Krankenkassen Leistungen zu erbringen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot sieht vor, dass ambulante Behandlungen im Krankenhaus gegenüber stationären Behandlungen vorrangig durchgeführt werden sollen, wenn dies nach medizinischen Grundsätzen möglich und vertretbar ist. Dem entsprechen das auf der Grundlage der Erforderlichkeit in [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) angelegte Stufenschema sowie die Präambel des Vertrages nach [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) über das ambulante Operieren im Krankenhaus vom 1. April 1993 (Deutsches Ärzteblatt 1993, Heft 27), nach dem die Vertragsparteien, das sind die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen, sich bewusst sind, dass die Leistungserbringung nach wirtschaftlichen Grundsätzen zu erfolgen hat und sowohl ambulant operierende Vertragsärzte als auch die nach [§ 115b SGB V](#) zugelassenen Krankenhäuser gleichberechtigt diese Leistungen erbringen können. Die Vertragsgestaltung zielt darauf ab, zur Vermeidung nicht notwendiger (teurer) vollstationärer Krankenhausbehandlungen eine patientengerechte und wirtschaftliche, kostengünstigere (zu diesem Ziel vgl. BSG SozR 3 2500 [§ 115b SGB V](#) Nr. 2 unter Berufung auf die Gesetzesmaterialien) Versorgung zu sichern und die Kooperation zwischen dem niedergelassenen und dem Krankenhausbereich zu verbessern. Sowohl das Gesetz als auch der Vertrag gehen davon aus, dass die ambulanten Behandlungen vorrangig vor stationären Behandlungen durchzuführen sind. In [§ 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) ist den Vertragspartnern aufgegeben worden, einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen auszuweisen. Dem sind die Vertragspartner durch die Anlage zu § 3 des Vertrages vom 1. April 1993 nachgekommen. Dabei haben sie auf den EBM zurückgegriffen und als ambulante Operationen im Krankenhaus die gemäß den Abschnitten B VI und B VII nach den Gebührennummern 80 bis 86 und 90 mit Zuschlägen versehenen einzeln genannten Operationen für die ambulante Krankenhausbehandlung geeignet angesehen. Dieser Katalog ist nach dem gesetzlichen Auftrag in [§ 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) für die Beteiligten und die Gerichte verbindlich. Er hat eine Vermutungsfunktion dergestalt, dass regelmäßig eine ambulante Operation durchgeführt wird, wenn es sich um eine dieser Katalogleistungen handelt.

Allerdings verlangt die funktionale Betrachtungsweise, dass nicht starr an diesem Katalog festgehalten wird. Das würde der Vereinbarung in [§ 2 Abs. 1 Satz 2 ff. des Vertrages vom 1. April 1993](#) zuwiderlaufen. Danach entscheidet der für die Operation verantwortliche Arzt über die Art und den Umfang der ambulanten Operation. Dabei ist er verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Gemäß [§ 2 Abs. 2 Satz 1 des Vertrages](#) kann aus dem Katalog gemäß der Anlage zu [§ 3 des Vertrags](#) mitsamt den darin aufgeführten Operationen nicht die Verpflichtung hergeleitet werden, dass die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen sind. Dies muss nach Satz 2 der Vorschrift vielmehr allein der fachlichen Abstimmung zwischen dem operierenden Arzt und dem Anästhesisten vorbehalten bleiben und mit dem Patienten unter Abwägung seines häuslichen Umfeldes und unter Beachtung des [§ 39 SGB V](#) einvernehmlich abgesprochen werden. Daher sieht der Senat die Vermutungswirkung des Katalogs zu [§ 3](#) in der Weise, dass im Regelfall eine ambulante Operation durchgeführt wird. Es obliegt den operierenden Ärzten, darzulegen, dass in dem konkreten Einzelfall eine ambulante Behandlung unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots nicht ausreichend war, die Behandlung des Patienten sicherzustellen. Dies macht die Bezugnahme auf [§ 39 SGB V](#) und damit auf den Sachleistungsanspruch des Versicherten deutlich. Dieser unterliegt dem Wirtschaftlichkeitsgebot und umfasst eine stationäre Behandlung nur dann, wenn die ambulante Behandlung nicht ausreichend ist. Die ambulante Behandlung ist stets dann anzunehmen, wenn sie in dem konkreten Fall auch in der Praxis eines niedergelassenen Arztes hätte durchgeführt werden können. Denn hinsichtlich der ambulanten Behandlungen nach [§ 115b SGB V](#) besteht eine Wettbewerbsfähigkeit zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern (BSG, Urteil vom 11. April 2002 [B 3 KR 25/01 R, SozR 3-2500 § 115b Nr. 2](#)), die es verbietet, qualitative Unterschiede einer ambulanten Praxis- oder Krankenhausbehandlung anzunehmen. Eine stationäre Behandlung kann daher erst dann vorliegen, wenn die Behandlung lege-artis in der Praxis nicht durchgeführt werden konnte. Daraus folgt, dass der Arzt angeben muss, dass trotz der Aufnahme der Operation in den Katalog in dem speziellen Behandlungsfall die besonderen personellen und sächlichen Mittel eines Krankenhauses erforderlich waren, um nicht nur auf ambulantem Wege die Operation durchzuführen. Dabei ist der konkrete Einsatz dieser Mittel nicht zwingend notwendig; es reicht aus, dass die Mittel des Krankenhauses erforderlich sein mussten, um eingesetzt werden zu können, falls dies zwingend geboten sein sollte. Für das Erfordernis müssen konkrete Anhaltspunkte vorhanden sein, die abstrakte Gefahr eines Einsatzes reicht nicht.

Nach Ausführung der Klägerin ist bei dem Patienten am 9. März 1999 das Nahtmaterial nach der Operation der Lippenspalte entfernt worden. Die Entfernung des Nahtmaterials ist Gegenstand der vollständigen Erbringung der Operationsleistung. Die Operation einer Lippenspalte ist nach der Nr. 3060 EBM bewertet (Operation einer Lippenspalte oder Naseneingangsplastik bei Lippen-Kieferspaltformen oder Verschluss des weichen oder harten Gaumens). Für diese Leistung ist nach Abschnitt B VI EBM die Zuschlags Nr. 85 vorgesehen. Somit handelt es sich bei der Behandlung um eine Katalogleistung im Sinne des [§ 3 des Vertrages vom 1. April 1993](#). Die Vermutung spricht folglich dafür, dass es sich bei der Durchführung um eine ambulante Operation gehandelt hat. Die Klägerin hat nichts dafür dargetan, dass eine ambulante Behandlung nicht hinreichend war. Die Tatsache, dass der Patient in eine Narkose mit Chloralhydrat versetzt wurde, gibt für die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts nichts her. Die Entlassung einige Stunden nach der durchgeführten Operation am selben Tag begründet den stationären Aufenthalt ebenfalls nicht. Insbesondere sehen auch ambulante Operationen mehrstündige Aufenthalte der Patienten in der Praxis oder Klinik vor. Dies ergibt sich aus der Fassung der Nrn. 80 ff. EBM in der Fassung von 1984, die zwischen einer Aufenthaltsdauer von zwei bis vier Stunden und über vier Stunden differenzierte. Auch nach dem EBM 96 kennzeichnen mehrstündige Ruhezeiten der Patienten nach der ambulanten Operation daher keine stationäre Behandlung. Denn durch die Änderung der

Zuschlagsnummern 80 ff. EBM ist insofern keine Änderung eingetreten, dass nur noch kurzfristige Aufenthalte erfasst seien. Das gleiche gilt für die Notwendigkeit der Beobachtung der Patienten; diese ist in jedem Fall nach einer Narkose gegeben und daher auch kein spezifisches Merkmal einer stationär durchgeführten Operationsbehandlung. Weitergehende Gründe für eine stationäre Aufnahme des Versicherten und für den Einsatz spezifischer Mittel eines Krankenhauses, über die eine Praxis, die für die Durchführung ambulanter Operationen eingerichtet ist, nicht verfügt, macht die Klägerin nicht geltend. Damit hat sie nicht dargetan, dass hier entgegen der Tatsache einer Katalogleistung eine stationäre Behandlung durchgeführt wurde. Der Senat lässt es offen, wie der Fall einer Katalogleistung unter 24 Stunden Dauer zu beurteilen wäre, die mit den spezifischen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt wurde.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Der Senat hat dem Rechtsstreit grundsätzliche Bedeutung im Sinne des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) beigemessen, da die Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Krankenbehandlung bislang höchstrichterlich nicht geklärt ist.

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Revision angefochten werden.

Die Revision ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Bundessozialgericht Graf-Bernadotte-Platz 5

34119 Kassel,

einzulegen. Die Revisionsschrift muss bis zum Ablauf der Monatsfrist bei dem Bundessozialgericht eingegangen sein.

Als Prozessbevollmächtigte sind zugelassen

- die Mitglieder und Angestellten von Gewerkschaften, von selbstständigen Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung, von Vereinigungen von Arbeitgebern, von berufsständischen Vereinigungen der Landwirtschaft und von Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer bisherigen Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Erfüllung dieser Aufgaben bieten,
- Personen, die als Angestellte juristischer Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der vorgenannten Organisationen stehen, handeln, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung der Mitglieder der Organisation entsprechend deren Satzung durchführt und wenn die Vereinigung für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet,
- jeder bei einem deutschen Gericht zugelassene Rechtsanwalt.

Behörden, Körperschaften oder Anstalten des öffentlichen Rechts oder private Pflegeversicherungsunternehmen brauchen sich nicht durch einen Prozessbevollmächtigten vertreten zu lassen.

Die Revisionsschrift muss das angefochtene Urteil bezeichnen.

Die Revision ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Urteils schriftlich zu begründen. Die Begründung muss einen bestimmten Antrag enthalten und die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben.

Die Revision kann nur darauf gestützt werden, dass das angefochtene Urteil auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt.

Für die Revision vor dem Bundessozialgericht kann ein Beteiligter, der nicht schon durch einen Bevollmächtigten aus dem Kreis der oben genannten Gewerkschaften oder Vereinigungen vertreten ist, Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Beteiligte kann die Prozesskostenhilfe selbst beantragen. Der Antrag ist beim Bundessozialgericht entweder schriftlich oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen. Hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten oder durch den Schreibwarenhandel bezogen werden.

Wird Prozesskostenhilfe bereits für die Einlegung der Revision begehrt, so müssen der Antrag und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse - gegebenenfalls nebst entsprechenden Belegen - bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Revision (ein Monat nach Zustellung des Urteils) beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Mit dem Antrag auf Prozesskostenhilfe kann ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt benannt werden.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Anwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuzuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

Der Revisionsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um je zwei weitere Abschriften.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2015-11-25