



Forschungsstelle Recht der Gesundheitswirtschaft

Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Arbeitsrecht und Sozialrecht

Fakultät für Rechtswissenschaft - Universität Bielefeld

Professor Dr. Oliver Ricken

Wiss. Mit.: Denis Hedermann • Nicole Wiegard • Annedore Witschen • Mandy Zibolka

Entscheidung des Monats 2/2014

BSG, Urteil vom 19.9.2013 – B 3 KR 34/12 R¹

Krankenversicherung – Krankenhausbehandlung – Abgrenzung nicht operativer vollstationärer von teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung

Sachverhalt:

Die bei der Beklagten Versicherte wurde am 31.3.2010 um 20:38 Uhr in eine von der Klägerin betriebene Klinik als Notfall eingeliefert. Aufgrund unauffälliger Laborwerte war zunächst eine Entlassung der Versicherten vorgesehen, die dann aber wegen einer hypertonen Kreislaufdisregulation in der Nacht verschoben wurde. In diesem Zuge wurde die Versicherte auf der internistischen Station mit der Hauptdiagnose Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs (A09.0) und der Nebendiagnose Volumenmangel (E86) aufgenommen. Als voraussichtlicher Entlassungstag wurde durch den behandelnden Krankenhausarzt der 2.4.2010 angesetzt. Die Versicherte wurde aber aufgrund einer Stabilisierung ihres Zustandes bereits am 1.4.2010 um 12:28 Uhr entlassen. Mit Rechnung vom 12.4.2010 machte die Klägerin bei der Beklagten einen Betrag i.H.v. 678,14 € für eine vollstationäre Behandlung geltend. Die Beklagte verweigerte die Zahlung, da nach ihrer Ansicht lediglich eine ambulante Behandlung vorgelegen habe. Sie begründete dies damit, dass die Versicherte nicht – wie ihrer Ansicht nach für eine vollstationäre Behandlung erforderlich – mindestens einen Tag und eine Nacht, d.h. 24 Stunden im Krankenhaus verbracht hatte. Das SG Hamburg² wies die Klage ab, das LSG Hamburg³ hob auf die Berufung der Klägerin das erstinstanzliche Urteil auf und verurteilte die Beklagte, an die Klägerin einen Betrag 678,14 € für eine vollstationäre Behandlung der Versicherten zu zahlen.

Entscheidung:

Das BSG wies die dagegen gerichtete Revision der Beklagten zurück. Vollstationäre, teilstationäre und ambulante Behandlung im Krankenhaus seien in erster Linie nach der geplanten Aufenthaltsdauer abzugrenzen. Eine vollstationäre Behandlung läge demnach jedenfalls dann vor, wenn der Patient nach der Entscheidung des Krankenhausarztes einen Tag und eine Nacht im Krankenhaus versorgt werde.⁴ Der Gesetzgeber habe aber daneben zur Abgrenzung der stationären von der ambulanten Behandlung das Kriterium der „Aufnahme“ in das Krankenhaus herangezogen. Eine solche soll dann vorliegen, wenn eine „physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses“ erfolgt.⁵ Dies wiederum sei unter Rückgriff auf § 107 Abs. 1 SGB V dann der Fall, wenn sich die Behandlung zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstrecke. Voraussetzung hierfür sei die Entscheidung des Krankenhausarztes, dass eine Behandlung über mindestens diese Dauer erfolgen soll. Diese Entscheidung, d.h. der Behandlungsplan, werde nach außen regelmäßig durch die Einweisung auf eine bestimmte Station oder ähnliches dokumentiert. Die Eingliederung könne dann auch nicht rückwirkend dadurch entfallen, dass der Patient etwa gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus früher wieder verlässt. Es gebe aber auch Fälle, in denen eine vollstationäre Behandlung vorliegen könne, obwohl der Patient nicht einen ganzen Tag und eine Nacht im Krankenhaus verbringt. Dies ergebe sich bereits daraus, dass es Fallpauschalen gäbe, die exakt für die Behandlung an nur einem Behandlungstag kalkuliert worden seien. Zudem sei-

en Fälle denkbar, in denen der Patient zum Beispiel wegen der Schwere der Erkrankung auf der Intensivstation betreut werden muss und damit auch umfassend die Infrastruktur des Krankenhauses in Anspruch nimmt. Eine solche Behandlung stelle den „Prototyp der Krankenhausbehandlung“ dar.⁶ Nach diesen Grundsätzen nahm das BSG im vorliegenden Fall einen Anspruch auf Vergütung für eine vollstationäre Behandlung an, da diese am 31.3.2010 für mehr als einen Tag und eine Nacht (nämlich bis zum 2.4.2010) geplant gewesen sei. Daran habe auch das frühere Verlassen des Krankenhauses nichts geändert, dies sei lediglich durch einen Abschlag wegen Unterschreitens der unteren Grenzverweildauer zu berücksichtigen, den die Klägerin aber bereits vorgenommen hatte.

Anmerkung:

Die Ausführungen des BSG sind im Ergebnis richtig, die Begründung ist jedoch wenig überzeugend. Die Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung ist mangels gesetzlicher Definition nicht einfach. Soweit der Gesetzgeber die Unterscheidung mit dem Kriterium der „Aufnahme“ treffen wollte, hielt das BSG dieses Merkmal in seiner früheren Rechtsprechung für nicht handhabbar und stellte (allein) auf die (geplante) zeitliche Dauer der Behandlung ab, die sich zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstrecken müsse.⁷ Später schränkte das BSG seine Rechtsprechung ein und hielt eine vollstationäre Behandlung auch dann für möglich, wenn die 24-Stunden-Grenze nicht erreicht wurde. Entscheidend sollte nunmehr sein, in welchem Umfang der Patient die Infrastruktur des Krankenhauses in Anspruch nimmt, was wiederum davon abhängig sein sollte, welche konkrete Erkrankung vorliegt und wie diese typischerweise zu behandeln ist.⁸ Insbesondere letzterem Punkt dürfte entscheidende Bedeutung zukommen. Die Frage, ob eine (im Grundsatz subsidiäre) vollstationäre Behandlung vorgelegen hat, korrespondiert mit dem Anspruch des Versicherten aus § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V auf eine solche. Dieser Anspruch ist dann gegeben, wenn die Behandlung aus medizinischer Sicht erforderlich ist, also das Behandlungsziel aufgrund des Krankheitsbildes und des konkreten Gesundheitszustandes des Patienten nicht anders erreicht werden kann als durch eine vollstationäre Behandlung. Diese Notwendigkeit bestimmt sich nach objektiven Maßstäben aufgrund des Wissens- und Kenntnisstandes des verantwortlichen Arztes im Zeitpunkt der Behandlung.⁹ Damit kann es aber letztlich auf die (tatsächliche) zeitliche Dauer des Verbleibs im Krankenhaus für die Abgrenzung zur ambulanten Behandlung nicht ankommen. Das BSG deutet dies in seiner Rechtsprechung auch immer wieder an, stellt jedoch noch immer in erster Linie auf die (geplante) zeitliche Dauer der Behandlung ab bzw. problematisiert die tatsächliche Dauer, so auch im hier entschiedenen Fall. Wenn es jedoch nur auf die nach dem Behandlungsplan vorgesehene Dauer ankommen soll (und diese lag hier deutlich über der 24-Stunden-Grenze), dann sind die Ausführungen zur tatsächlichen Inanspruchnahme der Infrastruktur des Krankenhauses entbehrlich und inkonsequent. Ein Ansatz bei der medizinischen Erforderlichkeit hätte zum gleichen Ergebnis geführt. Es ist nicht ersichtlich, wie die Patientin anders als durch vollstationäre Behandlung hätte versorgt werden können. Das BSG hat hier insoweit leider nicht die Chance ergriffen, eine deutlichere Linie zur Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zu finden.

Autor: Wiss. Mit. Denis Hedermann (Tel. 0521-106-3177)

¹ BSG vom 19.9.2013 – B 3 KR 34/12 R.

² SG Hamburg vom 1.9.2011 – S 35 KR 1313/10.

³ LSG Hamburg vom 1.11.2012 – L 1 KR 130/11.

⁴ BSG vom 4.3.2004 – B 3 KR 4/03 R, SozR 4-2500 § 39 Nr. 1; 08.09.2004 – B 6 KA 14/03 R, SozR 4-2500 § 39 Nr. 3; 28.2.2007 – B 3 KR 17/06 R, SozR 4-2500, § 39 Nr. 8.

⁵ Vgl. BT-Drs. 12/3608, S. 82.

⁶ Vgl. BSG vom 28.02.2007 – B 3 KR 17/06 R.

⁷ Vgl. BSG vom 4.3.2004 – B 3 KR 4/03, SozR 4-2500 § 39 Nr. 1; 08.09.2004 – B 6 KA 14/03 R, SozR 4-2500 § 39 Nr. 3.

⁸ BSG vom 28.2.2007 – B 3 KR 17/06 R, SozR 4-2500 § 39 Nr. 8.

⁹ Vgl. BSG vom 25.9.2007 – GS 1/06, SGB 2008, 295.