

# BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 17/06 R

Verkündet am  
28. Februar 2007  
Reiber  
Angestellte  
Urkundsbeamter der  
Geschäftsstelle

**E - Krankenhaus**

Prozessbevollmächtigter:

Klägerin und Revisionsklägerin,

Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr c/o  
Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.,  
Bauerngasse 7, 55116 Mainz,

g e g e n

Beklagte und Revisionsbeklagte,

beigeladen:

**A - Klinik**

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 28. Februar 2007 durch den Vorsitzenden Richter Dr. L a d a g e, die Richter Dr. H a m b ü c h e n und S c h r i e v e r sowie die ehrenamtlichen Richter B a r e i t h e r und L i e d k e für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin werden die Urteile des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 23. August 2006 und des Sozialgerichts Lübeck vom 28. April 2005 geändert und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 753,83 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 9. August 2003 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in allen Rechtszügen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 753,83 € festgesetzt.

Gründe:

I

- 1 Streittig ist die Vergütung für eine eintägige Krankenhausbehandlung in dem von der Klägerin betriebenen "~~E~~-Krankenhaus" (im Folgenden: "~~E~~-Krankenhaus").
- 2 Die bei der Beklagten gegen Krankheit versicherte "~~E~~" (im Folgenden: Versicherte) wurde vom 9. bis 23. Juli 2003 ua wegen einer Spinalstenose im Lumbalbereich in der orthopädischen Fachabteilung der vom beigeladenen Krankenhausträger betriebenen Klinik "~~A~~" stationär behandelt. In der Nacht vom 20. zum 21. Juli 2003 klagte die Versicherte über andauernde Brustschmerzen, die sich trotz Medikamentengabe zunächst nicht besserten. Sie wurde deshalb wegen Herzinfarktverdacht mit einem Notarztwagen in das "~~E~~-Krankenhaus" gebracht und dort am 21. Juli 2003 um 1.15 Uhr auf der Intensivstation aufgenommen. Nach Durchführung diverser Untersuchungen und Ausschluss eines Herzinfarkts wurde die Versicherte gegen 11.40 Uhr desselben Tages wieder in die Klinik "~~A~~" zurückgebracht und von dort zwei Tage später entlassen.
- 3 Die Beigeladene rechnete mit der Beklagten die Behandlungskosten für den Zeitraum 9. bis 23. Juli 2003 durchgehend ab. Mit Rechnung vom 25. Juli 2003 forderte die Klägerin die Beklagte unter Zugrundelegung eines Pflegesatzes für vollstationäre Intensivbehandlung am 21. Juli 2003 zur Zahlung von 753,83 € auf. Die Beklagte lehnte dies mit der Begründung ab, es habe sich nicht um eine Verlegung der Versicherten, sondern nur um deren Verbringung gehandelt, und verwies die Klägerin wegen der Rechnungsbegleichung an die Beigeladene.
- 4 Das Sozialgericht hat die am 15. Dezember 2003 erhobene Zahlungsklage abgewiesen (Urteil vom 28. April 2005), das Landessozialgericht (LSG) die hiergegen gerichtete Berufung zurückgewiesen (Urteil vom 23. August 2006): Nach dem maßgeblichen Landesvertrag sei die Versicherte am 21. Juli 2003 nicht in das "~~E~~-Krankenhaus" "verlegt", sondern dorthin nur für rund zehn Stunden "verbracht" worden. Während dieser Zeit sei sie weiterhin in der verantwortlichen Zuständigkeit der Beigeladenen verblieben und im Elisabeth-Krankenhaus lediglich mitbehandelt worden. Die Klägerin habe nur Leistungen als Dritter iS des § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) erbracht, deren Vergütung sie nicht von der Beklagten verlangen könne. Es komme deshalb nicht auf die Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Behandlung an, zumal sich der Aufenthalt der Versicherten auf der Intensivstation nach Durchführung der Diagnostik auch nicht "über einen Tag und eine Nacht" erstreckt habe.
- 5 Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Klägerin eine Verletzung der §§ 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2, 14 Abs 2 Satz 1 BPfIV in der bis Ende 2003 geltenden Fassung. Auf den vom LSG zur Begründung seiner Auffassung herangezogenen Landesvertrag könne es nicht ankommen, weil die Landesvertragspartner für die Regelung von Vergütungsfragen nicht zuständig seien. Zudem

habe das ~~E~~-Krankenhaus die Versicherte durch die notfallmäßige Aufnahme auch schon begrifflich nicht mitbehandelt. Ausweislich des Notarzteinsatzprotokolls sei die Versicherte wegen einer hypertensiven Krise zur stationären Behandlung ins ~~E~~-Krankenhaus gebracht worden; schon allein hieraus könne gefolgert werden, dass die Beigeladene die Verantwortung für die weitere Behandlung der Versicherten in ihre - der Klägerin - Hände gelegt habe. Die Versicherte sei im ~~E~~-Krankenhaus auch vollstationär behandelt worden, denn es sei geplant gewesen, sie über mindestens einen Tag und eine Nacht zu behandeln. Im Übrigen habe das LSG zu Unrecht angenommen, es könne zu einer doppelten Inanspruchnahme der Beklagten kommen; dies verhindere bereits die Regelung in § 14 Abs 2 Satz 1, 2. Halbs BPflV.

- 6 Die Klägerin beantragt,  
die Urteile des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 23. August 2006 und des Sozialgerichts Lübeck vom 28. April 2005 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie 753,83 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 9. August 2003 zu zahlen.
- 7 Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.
- 8 Die Beklagte meint, es habe keine stationäre und erst recht keine vollstationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden, weil sich der Verbleib der Versicherten nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes nicht mindestens über einen Tag und eine Nacht habe erstrecken sollen. Im Übrigen komme es darauf auch gar nicht an, denn die Versicherte sei nur zur Mitbehandlung in das ~~E~~-Krankenhaus eingeliefert und nach Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen noch an demselben Tag wieder in das beigeladene Krankenhaus zurückgebracht worden; wegen der Kosten dieser kurzzeitigen Verbringung müsse sich die Klägerin an die Beigeladene halten.
- 9 Die Beigeladene hat sich nicht zur Sache geäußert.

## II

- 10 Die Revision der Klägerin ist zulässig und begründet. Die Vorinstanzen haben verkannt, dass es sich bei der am 21. Juli 2003 durchgeführten intensivstationären Behandlung der Versicherten um eine vollstationäre Krankenhausbehandlung gehandelt hat, für die die Klägerin von der Beklagten eine Vergütung des vereinbarten Pflegesatzes in Höhe von 753,83 € verlangen kann.
- 11 Rechtsgrundlage des geltend gemachten und in der Höhe unbestrittenen Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs 4 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) iVm der Pflege-satzvereinbarung für das Jahr 2003 zwischen der Klägerin und den Sozialleistungsträgern iS

des § 18 Abs 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie dem Vertrag nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung" (nachfolgend: KBV) idF des Schiedsspruchs vom 19. November 1999, der zwischen der Krankenhausesellschaft Rheinland-Pfalz, der Klägerin und Beigeladene angehören, und ua der zuständigen Landesvertretung des Verbands der Angestellten-Krankenkassen - dem Spitzenverband der Beklagten - abgeschlossen worden ist. Der im Rahmen seines Versorgungsauftrags bestehenden Behandlungspflicht (§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V) des nach § 108 Nr 2 SGB V zugelassenen ~~...E~~ -Krankenhauses steht ein entsprechender Vergütungsanspruch nach Maßgabe des § 10 Abs 1 Nr 2 iVm § 13 BPfIV und der og Pflegesatzvereinbarung gegenüber. Zwar hat der Gesetzgeber mit Wirkung zum 1. Januar 2004 einen verbindlichen Fallpauschalenkatalog eingeführt, der das Vergütungssystem nach Pflegesätzen abgelöst hat; auf dessen Grundlage sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nunmehr leistungsorientiert und pauschaliert abzurechnen und mit dessen Entgelten die allgemeinen voll- oder teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall zu vergüten (§ 17b Abs 1, Abs 6 KHG). Für Ansprüche aus dem Jahr 2003 galt dieses neue System jedoch nur auf ausdrückliches Verlangen eines Krankenhauses (§ 17b Abs 4 Satz 4 KHG). Im vorliegenden Fall ist indes weder vorgetragen noch ersichtlich, dass die Klägerin ein solches Verlangen geäußert hatte; für die Abrechnung der hier streitigen Behandlung am 21. Juli 2003 ist deshalb das frühere Abrechnungsverfahren nach (tagesgleichen) Pflegesätzen maßgeblich. Die Zahlungsverpflichtung der Beklagten für eine notwendige Krankenhausbehandlung entsteht dabei unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch einen Versicherten; die Krankenkasse ist bei einem zugelassenen Krankenhaus als Korrelat zu dessen Behandlungspflicht auch ohne zusätzliche vertragliche Vereinbarung verpflichtet, den festgelegten Pflegesatz zu zahlen, sofern die Krankenhausbehandlung erforderlich war (BSGE 86, 166 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1 und BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2; stRspr). Das ist hier der Fall. Denn es hat eine notwendige Krankenhausbehandlung stattgefunden (Ziffer 1), die nicht ambulant, sondern vollstationär durchgeführt worden ist (Ziffer 2) und deren Vergütung nicht durch die Regelung in § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 BPfIV ausgeschlossen wird (Ziffer 3).

12

1. Welche Leistungen eine Krankenhausbehandlung umfassen muss, ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt. § 107 Abs 1 SGB V umschreibt lediglich in organisatorischer Hinsicht (vgl BT-Drucks 11/2237 S 196 zu § 115 Abs 1) die Krankenhäuser als Einrichtungen, die fachlich-medizinisch im Unterschied zu Rehabilitationseinrichtungen (§ 107 Abs 2 SGB V) unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten sowie mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichen, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern, und in dem die Patienten untergebracht und gepflegt werden können. Aus der Umschreibung, dass die Krankenbehandlung "vorwiegend" durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung zu erfolgen hat, lässt sich der

Schluss ziehen, dass diese die wesentlichen Leistungen eines Krankenhauses darstellen, wobei die intensive, aktive und fortdauernde ärztliche Betreuung im Vordergrund steht und die Pflege in aller Regel untergeordnet ist (vgl Peters-Schmidt, Handbuch der Krankenversicherung - Band 2, 19. Aufl, Stand: 1. Juli 2006, § 39 SGB V RdNr 37).

- 13 Damit sind die wesentlichen Merkmale genannt, die eine Krankenhausbehandlung prägen (ausführlich dazu Urteil des Senats vom 28. Februar 2007 - B 3 KR 15/06 R -, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Im vorliegenden Fall wird von der Beklagten zu Recht nicht in Abrede gestellt, dass die Versicherte am 21. Juli 2003 auf der Intensivstation des **E -**-Krankenhauses eine Krankenhausbehandlung erfahren hat und die Behandlung dort notwendig gewesen ist. Die Versicherte hat dort diejenigen Krankenhausleistungen iS von § 2 Abs 2 Satz 1 BPfIV erhalten, die im Einzelfall und unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses nach Art und Schwere ihrer Krankheit medizinisch zweckmäßig und zu ihrer ausreichenden Versorgung notwendig waren. Dies ergibt sich bereits aus der Verdachtsdiagnose "Herzinfarkt", dem Eiltransport mittels Notarztwagen in ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus und den Möglichkeiten einer Intensivstation - nämlich der Krankenstation, die durch ihre besondere personelle und apparative Ausstattung zur Behandlung ua von Infarktpatienten prädestiniert ist.
- 14 2. Entgegen der Auffassung der Beklagten ist diese Krankenhausbehandlung nicht ambulant, sondern stationär - und zwar vollstationär - durchgeführt worden.
- 15 a) Nach § 39 Abs 1 Satz 1 SGB V wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V) sowie ambulant (§ 115b SGB V) erbracht. Das Gesetz hat die maßgebenden Merkmale für eine voll- und teilstationäre Behandlung weder bei den Vergütungsregelungen noch bei den Regelungen über die Leistungsansprüche des Versicherten in den §§ 39 ff SGB V vorgegeben (BSGE 92, 223, 226 = SozR 4-2500 § 39 Nr 1 RdNr 11). Von der Ermächtigung nach § 16 Nr 2 KHG, die verschiedenen Krankenhausleistungen voneinander abzugrenzen, hat die Bundesregierung keinen Gebrauch gemacht. Ein Katalog von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden können, wurde auf Landesebene bislang nicht vereinbart (§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V). Ebenso wenig haben die Spitzenverbände auf Bundesebene insoweit eine Rahmenempfehlung iS des § 112 Abs 5 SGB V abgegeben.
- 16 Wie der Senat in seinem Urteil vom 4. März 2004 (BSGE 92, 223 = SozR 4-2500 § 39 Nr 1) dargelegt hat, sind vollstationäre, teilstationäre und ambulante Operationsleistungen in erster Linie anhand der geplanten Aufenthaltsdauer abzugrenzen. Eine vollstationäre Behandlung im Sinne einer physischen und organisatorischen Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses ist dann gegeben, wenn sie sich nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes in der Vorausschau zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Entscheidend ist damit zunächst der Behandlungsplan. Die Entscheidung zum Verbleib des Patienten über Nacht wird in der Regel zu Beginn der Behandlung vom Krankenhausarzt

getroffen, sie kann im Einzelfall aber auch noch später erfolgen (BSGE 92, 223, 229 f = SozR 4-2500 § 39 Nr 1 RdNr 20 ff).

- 17 Mit den vorstehenden Kriterien lässt sich bei Operationen eine in aller Regel praktikable Abgrenzung der stationären Behandlung vom ambulanten Operieren und anderen stationersetzenden Eingriffen (§ 115b SGB V) erzielen (so auch Quaas/Dietz, f & w 2004, 513, 515; Thier, Das Krankenhaus 2006, 969, 970). Allerdings mag es Ausnahmen geben. Da es einige Fallpauschalen gibt, die exakt für die Behandlung an nur einem Behandlungstag kalkuliert worden sind, kann auch in diesen Fällen eine vollstationäre Behandlung vorliegen (so Thier, aaO mwN).
- 18 Die oa Definition ist indes weniger geeignet, wenn es nicht um die Abgrenzung eines stationären Eingriffs vom ambulanten Operieren oder anderen stationersetzenden Eingriffen geht, sondern um die Abgrenzung einer nicht operativen stationären Behandlung von einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus - wie sie etwa bei der Notfallversorgung vorgesehen ist (§ 115 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGB V). Verbringt der Patient bzw die Patientin dabei einen Tag und eine Nacht im Krankenhaus, handelt es sich auch hier um eine stationäre Behandlung, weil damit die vollständige Eingliederung des Patienten in den Krankenhausbetrieb augenfällig ist. Ist dies nicht der Fall, folgt daraus aber nicht zwingend im Gegenschluss, dass es sich dann nur um eine ambulante Behandlung handeln kann. Entscheidend kommt es vielmehr darauf an, in welchem Umfang neben der Dauer der Behandlung der Patient die Infrastruktur des Krankenhauses in Anspruch nimmt. Das hängt davon ab, welche konkrete Erkrankung vorliegt und wie diese üblicherweise zu behandeln ist. Wird jemand zB nach einem spätabendlichen Verkehrsunfall im Krankenhaus notfallmäßig behandelt und sodann - wenn auch erst weit nach Mitternacht - nach Hause entlassen, so liegt gleichwohl keine stationäre Behandlung vor, weil weder die für eine Krankenhausbehandlung typische intensive, aktive und fortdauernde ärztliche Betreuung noch die Pflege mit Hilfe von jederzeit verfügbarem Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal (vgl oben Ziffer 1) erforderlich ist. Anders liegt es jedoch, wenn eine Versicherte - wie hier - mit Verdacht auf eine lebensbedrohliche Erkrankung - Herzinfarkt - in eine eigens für solche Fälle vorgehaltene Intensivstation eingeliefert wird. Derartige Abteilungen unterscheiden sich von anderen Einheiten im Krankenhaus durch die Verwendung vielfältiger technischer Apparate und durch den Einsatz von mehr Personal; dies gilt sowohl für Ärzte als auch für weiteres Pflegepersonal. Sie werden in Anspruch genommen beim Verdacht auf akut lebensbedrohliche Erkrankungen und bieten ein Höchstmaß an Behandlungsintensität; häufig erfolgt auch ein temporärer maschineller Ersatz gestörter oder ausgefallener Organfunktionen. Kranke jeden Alters werden auf solchen Intensivstationen betreut, wenn ihre Erkrankung oder ihr Zustand eine besonders intensive Überwachungs- und/oder Behandlungsmethode erfordern. Häufige Indikationen zur intensivmedizinischen Behandlung sind ua Schockzustände, Herzinfarkt und bedrohliche Herzrhythmusstörungen; Ziel der Behandlung ist der Bann einer akuten Lebensgefahr und die Wiederherstellung der Funktion lebenswichtiger Organsysteme (Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl 2002, S 803; vgl auch Eyrich, VersMed 1992, 1).

19 Intensivmedizin ist Behandlung, Überwachung und Pflege von Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen sog vitalen oder elementaren Funktionen von Atmung, Kreislauf, Homöostase und Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind, mit dem Ziel, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen (so schon Opderbecke 1976, zitiert nach Eyrich, VersMed 1992, 1). Heute ist diese Rundum-Betreuung noch sehr viel stärker ausgeprägt. Die Zahl der betreuten Patienten auf der Intensivstation ist deutlich geringer als auf normalen Krankenstationen, weil das Pflegepersonal die Körperfunktionen ihrer Patienten wesentlich umfangreicher beobachten und überwachen muss. Die apparative Versorgung ist vielfältiger und umfasst neben den Geräten zur kontinuierlichen Kontrolle von EKG, Blutdruck, Körpertemperatur und anderen Vitalparametern meist zusätzliche Spezialapparaturen - etwa Beatmungsgeräte, elektronisch gesteuerte Medikamentenpumpen, Beobachtungsmonitore oder Dialysegeräte, die alle - abhängig vom jeweiligen Krankheitsbild - in unmittelbarer Nähe zum Patientenbett vorhanden sein müssen. Auch die ärztliche Tätigkeit ist intensiver als auf anderen Stationen; der Arzt muss bei auftretenden Krisen unmittelbar eingreifen, entsprechende Notfallkompetenz besitzen und die Intensivapparatur zielgerecht einsetzen können. Der Aufenthalt auf einer Intensivstation stellt deshalb die nachhaltigste Form der Einbindung in einen Krankenhausbetrieb und damit den Prototyp einer stationären Behandlung dar. Eine ambulante intensivmedizinische Behandlung, wie sie der Beklagten vorzuschweben scheint, ist schon begrifflich kaum vorstellbar, denn mit dem Wort "ambulant" (von lat "ambulare" = hin- und hergehen) wird klassisch die ärztliche Krankenbehandlung ohne stationäre Aufnahme bezeichnet, während die Behandlung auf einer Intensivstation gerade auf das Gegenteil gerichtet ist - nämlich die stationäre (von lat "statio" = Stillstehen) Behandlung einer meist lebensbedrohlichen Erkrankung in der besonderen medizinisch-organisatorischen Infrastruktur eines hoch entwickelten Klinikbetriebes.

20 b) Die Behandlung der Versicherten ist vollstationär und damit nicht vor- oder nachstationär erfolgt; für letzteres ermangelt es offensichtlich an der Erfüllung des Tatbestandes des § 115a Abs 1 SGB V: Danach können Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandelt werden, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder sie vorzubereiten (vorstationäre Behandlung - Nr 1) oder im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung - Nr 2). Diese Behandlungsformen kommen nur in Betracht, wenn eine vollstationäre Behandlung zu verneinen ist.

21 Die Behandlung der Versicherten ist auch nicht nur teilstationär erfolgt. Im Unterschied zur ambulanten und zur vor- bzw nachstationären Behandlung erfordert die teilstationäre Behandlung - ebenso wie die vollstationäre - die Aufnahme in das Krankenhaus, dh die physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses (vgl BT-Drucks 12/3608 S 82, Begründung zu § 39 SGB V; Peters-Schmidt aaO § 39 SGB V RdNr 137); die Inanspruchnahme des Krankenhauses ist hier allerdings zeitlich beschränkt. Wie der Senat bereits in seinem Urteil vom 4. März 2004 ausgeführt hat, erfolgt die

Unterbringung der Patienten meist in sog Tages- oder Nachtkliniken, also ohne "Rund-um-die-Uhr-Versorgung", aber dennoch unter Inanspruchnahme der medizinisch-organisatorischen Infrastruktur eines Krankenhauses (BSGE 92, 223, 229 f = SozR 4-2500 § 39 Nr 1 RdNr 21). Zur Unterscheidung der teilstationären von der vollstationären Behandlung hat der Senat auch hier als Abgrenzungsmerkmal den Verbleib "über Tag und Nacht" herangezogen (BSG aaO, kritisch dazu Quaas/Dietz aaO, S 515 ff; Thier aaO, S 971 ff). Doch damit sollte keine für alle denkbaren Fälle teilstationärer Behandlung zutreffende Abgrenzung gefunden werden, zumal angesichts der im Rahmen der Krankenhausplanung der Bundesländer sich stetig wandelnden Versorgungsstruktur hin zu mehr teilstationären Planplätzen (Thier aaO, S 971). Mangels eines verbindlichen Katalogs von Leistungen, die in der Regel teilstationär erbracht werden, wurde die Problematik auch im Referentenentwurf zum 2. Fallpauschalen-Änderungsgesetz vom 28. Mai 2004 aufgegriffen (<http://www.dgpalliativmedizin.de/pdf/BMGS%2040528%202FP%C4ndG-E.pdf>; vgl auch Quaas/Dietz aaO, S 515). In dem nicht in das Gesetzgebungsverfahren gelangten Art 5 Nr 1 des Entwurfs wurde eine Änderung des § 39 Abs 1 SGB V mit folgender Definition der teilstationären Behandlung vorgesehen: "Teilstationär ist eine Behandlung, die insbesondere aufgrund ihrer Komplexität oder bestehender Risiken in einem Krankenhaus erbracht werden muss, ohne eine vollstationäre Aufnahme zu erfordern; sie wird im Rahmen eines stationären Behandlungskonzepts in der Regel an mehreren aufeinander folgenden Tagen oder Nächten sowie für eine bestimmte Behandlungsperiode mit tageweisen Unterbrechungen (Intervallbehandlung) in einem direkten Bezug zu einer Fachabteilung des Krankenhauses durchgeführt." Ob mit dieser Definition eine zutreffende Umschreibung der teilstationären Behandlung in all ihren Facetten möglich ist, mag dahinstehen und bedarf vorliegend keiner abschließenden Beurteilung. Denn bei einer zeitlich nicht beschränkten Behandlung ist im Zweifel von einer vollstationären Behandlung auszugehen. Entscheidend ist dabei - und dies hat der Senat auch bereits in seinem Urteil vom 4. März 2004 (BSGE 92, 223, 229 = SozR 4-2500 § 39 Nr 1 RdNr 20) hervorgehoben - die Planung der Krankenhausärzte im Sinne der Umsetzung eines konkreten Behandlungskonzepts. Eine teilstationäre Behandlung kann deshalb - unabhängig von möglicherweise weiteren Voraussetzungen - nur dann vorliegen, wenn eine zeitliche Begrenzung der Krankenhausbehandlung (Kurzzeit- oder Intervallbehandlung) vorher entsprechend geplant wird. Dies war hier nicht der Fall; vielmehr handelte es sich um einen Aufenthalt der Versicherten von unbestimmter Dauer, nämlich solange wie die Inanspruchnahme der Intensivstation erforderlich sein würde. Das war vor Abklärung der Diagnose nicht absehbar und nicht auf weniger als 24 Stunden zu beschränken. Im Übrigen gehen auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihren "Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17c KHG" vom 15. April 2004 davon aus, dass die Behandlung auf einer Intensivstation immer vollstationär erfolgen muss und die hierfür maßgeblichen Voraussetzungen bei einer späteren Fehlbelegungsprüfung nicht zu überprüfen sind (Anlage 2 Kriterium B 4).

3. Dem Vergütungsanspruch der Klägerin steht schließlich auch nicht die Regelung des § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 BPfIV entgegen, da das Elisabeth-Krankenhaus am 21. Juli 2003 keine von der Beigeladenen veranlasste Krankenhausleistung erbracht hat. Nach dieser - mit § 2 Abs 2

Satz 2 Nr 2 Krankenhausentgeltgesetz inhaltsgleichen - Vorschrift sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nur zwischen Krankenkasse und Krankenhaus abzurechnen, auch wenn letzteres in bestimmtem Rahmen Dritte hinzuzieht; diese erbringen - rechtlich gesehen - ihre Leistung nicht gegenüber dem Patienten bzw dessen Krankenkasse, sondern gegenüber dem Krankenhaus. Dementsprechend kann ein Vergütungsanspruch des Dritten nur gegen das Krankenhaus und nicht gegen den Patienten oder dessen Kostenträger entstehen (Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, Band 1 <Stand: Juni 2006>, § 1 BPfIV Anm 4 und § 2 BPfIV Anm II 4; Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 3. Aufl 2006, S 201 RdNr 7; vgl BSG SozR 3-2500 § 60 Nr 6 S 36). Dies gilt jedoch nur, soweit es sich um Leistungen handelt, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion haben (sog "Verbringung", vgl Dietz/Bofinger aaO, § 2 BPfIV Anm II 8.1; Tuschen/Quaas, BPfIV, 5. Aufl 2001, S 177; Schulz/Mertens, MedR 2006, 191, 194). Etwas anderes gilt jedoch im Falle der "Verlegung", wenn die Verantwortung für die Gesamtbehandlung vollständig auf das aufnehmende Krankenhaus übergeht (vgl Dietz/Bofinger aaO § 14 BPfIV Anm II 3). In einem solchen Fall scheidet der Patient aus den stationären Behandlungsabläufen und der Gesamtverantwortung des abgebenden Krankenhauses aus und wird in die stationären Abläufe des aufnehmenden Krankenhauses integriert.

23 Im vorliegenden Fall hat eine vollstationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten durch das ~~E~~-Krankenhaus stattgefunden (vgl Ziffer 2). Allein diese Feststellung schließt schon die Annahme aus, dass es sich um eine von der Klinik ! ~~A~~ veranlasste Leistung eines Dritten handeln könnte. Hinzu kommt, dass die Beigeladene nach ihrem Versorgungsauftrag weder über eine kardiologische noch über eine intensivmedizinische Abteilung verfügt. Sie war zur Abklärung und Behandlung des Herzinfarktverdachts der Versicherten nicht in der Lage und hat folgerichtig eine Verlegung der Versicherten in das mit einer Intensivstation ausgerüstete ~~E~~-Krankenhaus veranlasst. Da die Klägerin eine Leistung außerhalb des Versorgungsauftrags der Beigeladenen erbracht hat, hat sie einen eigenständigen Vergütungsanspruch, dem nicht der Einwand der Doppelvergütung entgegengehalten werden kann. Es kommt deshalb nicht darauf an, inwieweit die Regelungen des § 2 Abs 8 und 9 KBV neben den - vorrangigen - bundesrechtlichen Bestimmungen des § 39 Abs 1 Satz 1 SGB V und der BPfIV überhaupt Anwendung finden könnten und wie sie ggf zu interpretieren sind.

24 4. Die Höhe des von der Beklagten nicht in Zweifel gezogenen Klageanspruchs beträgt 753,83 € und setzt sich zusammen aus dem Abteilungspflegesatz intensiv (677,61 €), dem Basispflegesatz (75,92 €) und einem stat DRG-Systemzuschlag (0,30 €). Der Zinsanspruch ist gemäß § 9 Abs 6 und 7 KBV begründet.

25 5. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz iVm § 154 Abs 1 Satz 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Da die Beigeladene keine Anträge gestellt

hat, ist sie nicht zur Tragung von Kosten verpflichtet (§ 154 Abs 3 VwGO). Die Entscheidung über die Streitwertfestsetzung folgt aus § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Gerichtskostengesetz.

Ladage

Schriever

Hambüchen