

Ambulant oder stationär? Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts zur Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung

Rechtsanwälte Dr. Clemens M. Bold & Dr. Maike Erbsen

Die Abgrenzung zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung bietet immer wieder – nicht zuletzt wegen der stetigen Zunahme des ambulanten Operierens im Krankenhaus – Anlass für Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern. In einer Grundsatzentscheidung hat das Bundessozialgericht nun entschieden, dass eine Abgrenzungsschwierigkeiten weitgehend vermeidende Definition von vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung nur vom Merkmal der geplanten bzw. erforderlichen Aufenthaltsdauer ausgehen kann. Hinsichtlich teilstationärer Leistungen erlangt die Entscheidung des BSG insofern Bedeutung, als eine gesetzliche Definition teilstationärer Leistungen auch durch das nun verabschiedete zweite Fallpauschalenänderungsgesetz aufgrund der gegensätzlichen Standpunkte nicht eingeführt wurde.

Das Bundessozialgericht hatte sich im Urteil vom 04.03.2004 – Az.: B 3 KR 4/03 R – mit der Frage nach der Abgrenzung zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung befasst und dem in Rechtsprechung und Literatur bislang überwiegend verwendeten Abgrenzungskriterium der „Aufnahme“ in das Krankenhaus eine deutliche Absage erteilt.

Zu entscheiden hatte das Gericht den Fall einer Patientin, der die retinierten und verlagerten Weisheitszähne wegen großer Ängstlichkeit in Vollnarkose operativ entfernt worden waren. Nach einer sechsständigen postoperativen Intensivüberwachung mit komplikationslosem Verlauf wurde die Patientin noch am selben Tag entlassen. Der gesamte Klinikaufenthalt, den das Gericht als insgesamt ambulante Behandlung wertete, dauerte von 7.00 bis 17.00 Uhr.

Keine gesetzliche Definition

Gesetzliche Definitionen der Begriffe der voll-, teilstationären und ambulanten Krankenhausbehandlung existieren nicht. Die zentrale Norm des krankenhausspezifischen Leistungsrechts, der § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V, enthält bloß

eine Leistungsumschreibung des Begriffs „stationäre Krankenhausbehandlung“, jedoch keine Definition. In der Vergangenheit reichte diese Leistungsbeschreibung aus, um stationäre von ambulanten Leistungen abzugrenzen, weil ambulante Operationen in der Praxis eines niedergelassenen Arztes praktisch nicht möglich waren. Mit der Verbreitung des ambulanten Operierens durch niedergelassene Ärzte und die Einführung dieser Möglichkeit auch in Krankenhäusern hat sich dies aber geändert. Der Aufenthalt des Versicherten im Krankenhaus zur Durchführung einer Operation bedeutet heute im Unterschied zu früher noch keine vollstationäre Behandlung; hinzukommen müssen weitere Erfordernisse, die eine solche Behandlung von einer ambulanten oder jedenfalls teilstationären Behandlung abgrenzen.

Lediglich in der amtlichen Begründung zum Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) findet sich der Versuch einer Begriffsbestimmung durch den Gesetzgeber: Zur Abgrenzung zwischen teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung wird das Kriterium der „Aufnahme“ in das Krankenhaus herangezogen und als die „physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses“ definiert (BT-Drucks. 12/3608, S. 82 zu § 39 SGB V).

Auch der Kabinettsentwurf zum zweiten Fallpauschalenänderungsgesetz enthält keine Definition teilstationärer Leistungen im Sinne des § 39 SGB V.

„Aufnahme“ in das Krankenhaus ungeeignetes Kriterium

Nicht zuletzt wegen der stetigen Zunahme ambulanter Operationen im Krankenhaus, die nicht selten unter Vollnarkose erbracht werden und die Zuweisung eines Tagesbettes sowie eine mehrstündige, intensive postoperative Überwachung mit medizinischer und pflegerischer Betreuung bis zur Entlassung nach sich ziehen, sieht das Gericht das Kriterium der „Aufnahme“ oder „Integration“ in den Krankenhausbetrieb als ungeeignet zur Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung an. Das Ausmaß der Integration des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses unter den Gesichtspunkten Unterkunft und Verpflegung sei nicht konkret bestimmbar. Ungeklärt bliebe, wann eine „Unterkunft“ vorliege, insbesondere ob dazu nicht auch ein Aufenthalt von einigen Stunden ausreiche. Zudem werde in der Praxis im Rahmen von ambulanten Eingriffen vielfach auch Verpflegung bereitgestellt, soweit die Patienten dies wünschen und zur Nahrungsaufnahme in der Lage sind.

Das Unterschreiben eines „Aufnahmevertrages“ kann nach Ansicht des Gerichts schon deswegen kein geeignetes Abgrenzungskriterium sein, weil es sonst der Versicherte in der Hand hätte, allein dadurch die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse zu bestimmen.

Die Definition des Bundessozialgerichts

Nach Meinung des Gerichts hat sich die Definition von vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung **ausschließlich am Merkmal der geplanten bzw. erforderlichen Aufenthaltsdauer** zu orientieren.

Nach der Definition des BSG ist eine Behandlung

- **vollstationär**, wenn sie sich **zeitlich über einen Tag und eine Nacht** erstreckt;
- **ambulant**, wenn der Patient **die Nacht vor und die Nacht nach dem Eingriff nicht im Krankenhaus** verbringt, und schließlich
- **teilstationär**, wenn es sich um Behandlungen handelt, die aufgrund eines **spezifischen Krankheitsbildes** (in der Regel aus den Fachgebieten Psychiatrie, somatischer Erkrankungen und Geriatrie) **über einen gewissen Zeitraum hinweg in einzelnen Intervallen** erfolgen. Diese Form der stationären Behandlung erfolgt insbesondere in Tages- und Nachtkliniken: Es wird die **medizinisch-organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses benötigt, ohne dass eine ununterbrochene Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus notwendig ist.**

Als einen Grenzfall zwischen teilstationärer und ambulanter Behandlung stuft das BSG solche Behandlungen ein, die in der Regel nicht täglich, sondern in mehr oder weniger kurzen Intervallen erfolgen, wie z. B. bei Dialysepatienten, die nicht jeden Tag, aber mehrmals die Woche für einige Stunden im Krankenhaus versorgt werden. Während die Praxis diese Fälle regelmäßig als teilstationär ansieht, zählt das BSG diese Form der Behandlung unter Bezugnahme auf den seit 1.1.2004 geltenden § 2 Abs. 2 Satz 3 BPflV (eine modifizierende Entsprechung enthält § 2 Satz 3 KHEntG) zur ambulanten Versorgung.

Die Entscheidung zum Verbleib des Patienten über die Nacht wird in der Regel zu Beginn der Behandlung vom Krankenhausarzt getroffen, kann aber im Einzelfall auch noch später erfolgen. In Fällen, in denen der operative Eingriff grundsätzlich nach den Regeln der Heilkunst ambulant vorgenommen werden darf, und so geplant und durchgeführt wird, liegt auch dann eine – einheitliche – vollstationäre Krankenhausbehandlung vor, wenn wegen einer Komplikation im nachoperativen Verlauf eine ständige Beobachtung und weitere Behandlung über die Nacht hinweg angezeigt erscheint und eine Entlassung des Patienten nach Hause noch am gleichen Tag nach der üblichen Ruhephase ausnahmsweise nicht möglich ist.

Auf der anderen Seite liegt eine stationäre Behandlung auch dann vor, wenn der Patient nach Durchführung eines Eingriffs oder einer sonstigen Behandlungsmaßnahme über Nacht verbleiben sollte, aber gegen ärztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag wieder verlässt. In diesem Fall handelt es sich nach Ansicht des Gerichts um eine „abgebrochene“ stationäre Behandlung.

Vergütungsanspruch trotz fehlender Zulassung

Schließlich enthält die Entscheidung noch einen aus rechtlicher Sicht bemerkenswerten Aspekt: Obwohl das Krankenhaus in dem zu entscheidenden Fall mangels erforderlicher Mitteilung nach § 115 b Abs. 2 S. 2 SGB V zur Erbringung ambulanter Operationen nicht zugelassen war, spricht ihm das Gericht über eine analoge Anwendung des § 812 BGB wegen ungerechtfertigter Bereicherung einen Vergütungsanspruch in Höhe der einem zugelassenen Krankenhaus nach § 115 b SGB V zu entrichtenden Vergütung zu.

En passant gesteht das Gericht dem Krankenhaus damit **zivilrechtliche Bereicherungsansprüche** zu, ohne darauf einzugehen, dass solche für den Bereich des Vertragsarztrechts einhellig abgelehnt werden. In einer aktuellen Entscheidung hat das BSG (Beschluss vom 08.09.04 - B 6 KA 14/03 R -) nun versucht, diesen vermeintlichen Widerspruch aufzulösen. Danach besteht ein Bereicherungsanspruch des Krankenhausträgers dann, wenn lediglich die Art und Höhe der Abrechnung der Leistung, nicht aber die grundsätzliche Berechtigung zur Abrechnung streitig war.■