

Bundessozialgericht

Urteil

Sozialgericht Kiel S 17 KR 101/01

Schleswig-Holsteinisches Landessozialgericht L 1 KR 61/02

Bundessozialgericht B 3 KR 4/03 R

Auf die Revision des Klägers werden die Urteile des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 10. Dezember 2002 und des Sozialgerichts Kiel vom 24. Mai 2002 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 24. Februar 2001 auf 339,16 Euro zu zahlen. Im Übrigen wird die Revision zurückgewiesen, soweit der Rechtsstreit nicht durch das Teilanerkenntnis der Beklagten erledigt ist. Die Kosten des Rechtsstreits werden gegeneinander aufgehoben.

Gründe:

I

Am 14. Oktober 1998 wurden einer damals 14 Jahre alten Versicherten der beklagten Krankenkasse (KK) in der vom klagenden Krankenhausträger betriebenen Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie in Kiel die retinierten und verlagerten Weisheitszähne operativ entfernt. Nach komplikationslosem Verlauf wurde die Versicherte noch am selben Tag wieder entlassen. Der Klinikaufenthalt dauerte von 7.00 bis 17.00 Uhr. Für die Behandlung stellte der Kläger der Beklagten den Fachabteilungspflegesatz in Höhe von 912,20 DM und den Basispflegesatz für eine vollstationäre Behandlung in Höhe von 165,55 DM, insgesamt also 1.077,75 DM (jetzt: 551,04 ♂), in Rechnung. Die Beklagte erklärte sich aber nur bereit, die Behandlung als ambulante Operation zu vergüten und bat um eine entsprechend spezifizierte neue Rechnung. Der Kläger lehnte dies ab und machte geltend, die vier Weisheitszähne würden in solchen Fällen zwar regelmäßig durch niedergelassene Kieferchirurgen in zwei ambulanten Behandlungen unter Lokalanästhesie entfernt. Wegen großer Ängstlichkeit der Versicherten sei aber eine ambulante Behandlung in Lokalanästhesie nicht möglich gewesen. Der Versicherten seien daher nach Prämedikation in Dämmerschlafnarkose mit zusätzlicher örtlicher Betäubung die vier Weisheitszähne entfernt worden. Die postoperative Intensivüberwachung auf der Station habe sechs Stunden gedauert. Dies stelle einen stationären Eingriff mit Gewährung von Krankenhauspflege, Intensivüberwachung und ärztlicher Behandlung dar.

Die Beklagte hält demgegenüber an ihrer Auffassung fest, dass nur eine ambulante Operation stattgefunden habe. Eine stationäre Behandlung erfordere einen Tag- und Nachtaufenthalt des Patienten.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage mit Urteil vom 24. Mai 2002 abgewiesen. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung des Klägers mit Urteil vom 10. Dezember 2002 zurückgewiesen. Beide Gerichte haben die Durchführung einer stationären Behandlung verneint, weil die Patientin nicht über Nacht in der Klinik verblieben sei. Es handele sich - so das LSG - um eine Operation, die in den Katalog der nach § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) von Krankenhäusern ambulant durchführbaren Operationen aufgenommen worden sei, und deshalb bestehe eine rechtliche und tatsächliche Vermutung dafür, dass der Eingriff habe ambulant erbracht werden können und auch ambulant erbracht worden sei. Der Kläger habe nicht dargetan, dass eine ambulante Behandlung nicht hinreichend gewesen sei. Die Einstufung als zumindest teilstationäre Behandlung komme nicht in Betracht, weil es am Einsatz spezifischer Mittel des Krankenhauses fehle, über die eine Praxis eines niedergelassenen Arztes, die für ambulante Operationen dieser Art eingerichtet sei, nicht verfüge. Die Vergütung der Behandlung als ambulante Operation scheitere - so das SG - daran, dass der Kläger die nach § 115b Abs 2 Satz 2 SGB V notwendige Mitteilung über die Teilnahme am Programm für das ambulante Operieren im Krankenhaus bisher nicht abgegeben habe (S 13 des SG-Urteils).

Der Kläger rügt mit der Revision eine Verletzung des § 39 Abs 1 SGB V sowie des § 1 Abs 1 Bundespflegesatzverordnung (BPfIV). Er macht geltend, es komme nicht darauf an, ob ein solcher Eingriff auch ambulant in der Praxis eines niedergelassenen Arztes hätte durchgeführt werden können. Für eine stationäre Behandlung sei entscheidend, dass der Patient in das Versorgungssystem des Krankenhauses eingegliedert werde. Dies geschehe mit der Entscheidung des Arztes zur stationären Aufnahme, wie sie hier (mit Zuweisung eines Bettes in der Station III) vorgelegen habe.

Im Revisionsverfahren hat die Beklagte anerkannt, für die Behandlung entsprechend einer vertraglichen Vergütung für eine ambulante Operation einen Betrag von 339,16 ♂ (663,32 DM) zu zahlen; der Kläger hat das Teilanerkenntnis angenommen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Schleswig-Holsteinischen LSG vom 10. Dezember 2002 sowie das Urteil des SG Kiel vom 24. Mai 2002 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, weitere 211,88 ♂ nebst vertraglicher Zinsen auf 551,04 ♂, hilfsweise Prozesszinsen zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des LSG für zutreffend.

II

Die Revision des Klägers ist unbegründet, soweit die Hauptsache nicht durch das angenommene Teilanerkenntnis gemäß § 101 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) erledigt worden ist, das Klagebegehren also den über den anerkannten Betrag von 339,16 € hinausgehenden Zahlungsanspruch betrifft. Hinsichtlich des Zinsanspruchs erweist sich die Revision für die Zeit ab Rechtshängigkeit der Klageforderung in der anerkannten Höhe als begründet.

1. Die auch in der Revisionsinstanz von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen liegen vor.

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG zulässig. Bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhaussträgers gegen eine KK geht es um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSGE 86, 166, 167 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 1; BSGE 90, 1 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 3). Dies gilt unabhängig davon, ob der Zahlungsanspruch auf eine vertragliche Rechtsgrundlage oder auf Bereichungsrecht gestützt wird. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

2. Die Klage ist aber unbegründet. Der Kläger ist als Rechtsnachfolger zur Geltendmachung der Forderung allerdings aktivlegitimiert. Der Zahlungsanspruch betrifft einen Behandlungsfall vom 14. Oktober 1998. Zu jener Zeit war noch das Land Schleswig-Holstein Träger des zur Christian-Albrechts-Universität zu Kiel gehörenden Klinikums und der darin integrierten Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, in der die Behandlung stattgefunden hat. Durch das "Gesetz zur Neuordnung der Universitätsklinika (Änderung des Hochschulgesetzes)" vom 28. Oktober 1998 (GVOBI Schl-H S 313) wurden die Universitätskliniken in Kiel und Lübeck zu eigenständigen rechtsfähigen Anstalten des öffentlichen Rechts erhoben (§ 135 Abs 1 Hochschulgesetz (HSG) in der ab 1. Januar 1999 geltenden Fassung). Die bis dahin dem Land Schleswig-Holstein zustehenden Rechte und Pflichten als Krankenhaussträger wurden zum 1. Januar 1999 an die Universitätskliniken in ihrer Rechtsform als rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts abgetreten bzw von diesen übernommen (§ 135 Abs 3 und 4 HSG). Die Klage vom 20. Februar 2001 ist deshalb zunächst durch das Universitätsklinikum Kiel als Rechtsträger erhoben worden. Durch das "Gesetz zur Errichtung des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein und zur Änderung des Hochschulgesetzes" vom 12. Dezember 2002 (GVOBI Schl-H S 240) sind die als rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts errichteten Kliniken an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und an der Universität zu Lübeck aufgehoben worden (Art 1 Abs 2 Satz 2). Zugleich ist der Kläger als rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts errichtet worden; er besteht aus den beiden Universitätskliniken (Art 1 Abs 1) und trat zum 1. Januar 2003 in sämtliche Rechte und Pflichten der beiden aufgehobenen Anstalten des öffentlichen Rechts ein (Art 1 Abs 2 Satz 2; vgl auch § 118 HSG). Der Kläger ist danach auch prozessual als Rechtsnachfolger in das laufende Verfahren eingetreten.

3. Dem Kläger steht ein übergeganger vertraglicher Vergütungsanspruch für die Behandlung der Versicherten am 14. Oktober 1998 nicht zu, weil eine stationäre oder teilstationäre Behandlung nicht stattgefunden hat. Auf die Frage, ob eine stationäre Behandlung erforderlich war, kommt es danach nicht an.

a) Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs eines zugelassenen Krankenhauses für eine stationäre Behandlung ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V. Die Zulassung der vom Kläger betriebenen Hochschulklinik zur stationären Behandlung von Versicherten der gesetzlichen KK folgt aus § 108 Nr 1 SGB V. Wie der Senat bereits mehrfach ausgeführt hat, entsteht die Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen KK unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1; BSGE 90, 1, 2 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3). Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser iS des § 109 Abs 4 Satz 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach Maßgabe der - vorliegend in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung anzuwendenden - BPfIV in der Pflegesatzvereinbarung zwischen KK und Krankenhaussträgern festgelegt wird (vgl Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, SGB V, Bd 3, Stand 1. Oktober 2001, § 109 RdNr 10).

Der Kläger kann die abgerechneten tagesgleichen Pflegesätze (Abteilungspflegesatz Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Basispflegesatz) nicht beanspruchen. Grundvoraussetzung für den Vergütungsanspruch eines Krankenhauses nach Maßgabe der Vorschriften des KHG und der BPfIV ist, dass eine voll- oder teilstationäre Behandlung stattgefunden hat. Denn das Pflegesatzrecht und damit die Erlöse aus den Pflegesätzen nach § 4 Nr 2 KHG beziehen sich nur auf die stationären und teilstationären Leistungen des Krankenhauses (§ 2 Nr 4 KHG). Damit übereinstimmend regelt auch § 1 Abs 1 BPfIV, dass nur die voll- und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser nach der BPfIV vergütet werden. Liegt eine ambulante Krankenhausbehandlung vor, scheidet eine auf die Vorschriften des KHG und der BPfIV gestützte Vergütung aus.

b) Die maßgebenden Merkmale für eine stationäre und teilstationäre Behandlung gibt das Gesetz aber weder bei den Vergütungsregelungen noch bei den Regelungen über die Leistungsansprüche des Versicherten in den §§ 39 ff SGB V vor.

Nach § 39 Abs 1 Satz 1 SGB V idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266) wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V) sowie ambulant (§ 115b SGB V) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem

zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V). Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (§ 39 Abs 1 Satz 3 SGB V). Eine Definition des Begriffs "stationäre Krankenhausbehandlung" findet sich damit nicht, sondern nur eine Leistungsumschreibung.

Diese Leistungsumschreibung reichte in der Vergangenheit aus, um stationäre Leistungen von ambulanten Leistungen abzugrenzen, weil ambulante Operationen in der Praxis eines niedergelassenen Arztes praktisch nicht möglich waren; über die dafür erforderlichen räumlichen Voraussetzungen (Operationsstühle oder -tische, sterile Räume, Ruhebetten) sowie die personellen Voraussetzungen (Anästhesie-Facharzt und entsprechend geschultes Personal) verfügten typischerweise nur Krankenhäuser, in denen die Patienten regelmäßig auch über Nacht verblieben und verpflegt wurden - soweit dies zuträglich war. Das hat sich aber mit der Verbreitung des ambulanten Operierens durch niedergelassene Ärzte und die Einführung dieser Möglichkeit auch in Krankenhäusern geändert.

Die Durchführung ambulanter Operationen im Krankenhaus ist auf der Grundlage des durch Art 1 Nr 71 GSG eingeführten § 115b SGB V erst zum 1. Januar 1993 ermöglicht worden. Danach sind die Krankenhäuser zur ambulanten Erbringung der in dem Katalog gemäß Abs 1 Satz 1 Nr 1 dieser Vorschrift genannten Operationen zugelassen, wobei es hierzu einer Mitteilung des Krankenhauses an die KKs auf Landesebene, an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an den Zulassungsausschuss bedarf. Die Zulassung wird erst durch die Mitteilung nach § 115b Abs 2 Satz 2 SGB V wirksam, und zwar im Umfang der darin aufgeführten Operationen (BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 19).

Dem in § 115b Abs 1 Nr 1 SGB V enthaltenen Auftrag zur Vereinbarung eines Katalogs ambulant durchführbarer Operationen sind die Spitzenverbände der KKs, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstmals mit dem am 1. April 1993 in Kraft getretenen Vertrag über das ambulante Operieren im Krankenhaus vom 22. März 1993 (DÄ 1993, Heft 27, C-1293) nachgekommen. In § 3 des dreiseitigen Vertrags ist bestimmt, dass der Katalog ambulant durchführbarer Operationsleistungen aus den im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführten ambulanten Operationen und ambulanten Anästhesien (Abschnitte B VI und B VII) sowie den entsprechenden Leistungen aus den Abschnitten B IX und B X EBM in der jeweils gültigen Fassung besteht. Die Entfernung der retinierten und verlagerten Weisheitszähne ist als Katalogleistung nach § 3 des Vertrags vom 22. März 1993 unter der Nr 3010 der im EBM aufgeführten Leistungen erfasst; nach der Neufassung des Vertrags (DÄ 2003, Beilage zu Heft 37) stellt diese Leistung auf Grund gesonderter Kennzeichnung eine "in der Regel" ambulant durchzuführende Operation dar.

Der Aufenthalt des Versicherten im Krankenhaus zur Durchführung einer Operation bedeutet danach im Unterschied zu früheren Zeiten noch keine vollstationäre Behandlung; hinzukommen müssen weitere Erfordernisse, die eine solche Behandlung von einer ambulanten oder jedenfalls teilstationären Behandlung abgrenzen.

Dazu ist die Durchführung einer sog Vollnarkose aber ebenso wenig ausreichend wie die postoperative Lagerung des Patienten in einem Ruhebett. Denn die ambulant durchführbaren Operationen umfassen ein breites Spektrum von Eingriffen, das von einfachen Operationen unter örtlicher Betäubung bis hin zu aufwändigen, mehrstündigen operativen Eingriffen reicht, die unter Vollnarkose durchgeführt werden (Busch, KrV 1996, 251). Ebenso wenig begründet die mehrstündige, intensive postoperative Überwachung schon eine stationäre Behandlung. In Erfahrungsberichten aus der Praxis über das ambulante Operieren wird mitgeteilt, dass die Patienten ein Tagesbett zugewiesen bekommen und nach der jeweiligen Operation im Aufwach- bzw Ruheraum eine medizinische und pflegerische Betreuung bis zur Entlassung erhalten (Breese, KH 1994, 205, 207; vgl auch Asmuth/Blum, KH 1996, 403 ff). In der Regel weile der Patient weniger als vier Stunden, allerdings auch nicht länger als acht bis zehn Stunden im Krankenhaus, wobei sich Art und Umfang der ärztlichen Tätigkeit im Vergleich zur stationären Leistungserbringung nicht wesentlich unterschieden (Asmuth/Blum, KH 1996, 403, 406). Oft werden unter der Behandlungsform "ambulantes Operieren" alle operativen Eingriffe verstanden, bei denen der Patient sowohl die Nacht vor als auch - bei planmäßigem Verlauf - die Nacht nach dem Eingriff im eigenen Bett, also nicht im Krankenhaus verbringt (Schreiber/Schriefers, DÄ 1993, C-1086; Grünenwald, WzS 1994, 78, 81; Zastrow/Schöneberg, Bundesgesundheitsblatt 1994, 199, 200; Ulsenheimer in Eichhorn/Schmidt-Rettig, Krankenhausmanagement im Werte- und Strukturwandel, 1995, S 118; Kern, NJW 1996, 1561; Degener-Hencke in: Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer, Gesetzliche Krankenversicherung, § 115b SGB V RdNr 3; Tuschen/Quaas, BPfIV, 4. Aufl 1998, § 1 BPfIV Erl zu Abs 1; Limpinsel in Jahn, SGB V, § 115b RdNr 4; Gnutzmann in Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im DAV, 3. Bd 2001, S 89, 90; Jahn, ebenda, S 99, 100; eine entsprechende Erläuterung enthält auch die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen vom 13. April 1994, abgedruckt im Anhang zum Beitrag von Jahn in der Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht im DAV, 3. Bd 2001, S 108 ff). Von daher entspricht vorliegend die Krankenhausbehandlung der Versicherten angesichts des operativen Eingriffs im Rahmen eines an einem Tag auf den Zeitraum von 7.00 bis 17.00 Uhr beschränkten Krankenhausaufenthalts entgegen der Auffassung des Klägers geradezu dem typischen Erscheinungsbild ambulanter Operationen.

Auch die Tatsache, dass die Versicherte vor der Behandlung einen Krankenhausaufnahmevertrag (durch ihren gesetzlichen Vertreter) unterschrieben hat und nach der Operation auf der "Station" ein Bett in Anspruch

genommen hat, ist nicht geeignet, eine stationäre Behandlung zu begründen. Zur Abgrenzung zwischen stationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung ist das vielfach herangezogene Kriterium der "Aufnahme" in das Krankenhaus nicht geeignet. Der Gesetzgeber hat allerdings dieses Kriterium in der amtlichen Begründung zum GSG zur Abgrenzung von teilstationärer und ambulanter Behandlung 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). Unter Übernahme dieser Beschreibung wird in Rechtsprechung und Literatur überwiegend die Auffassung vertreten, das Merkmal der Aufnahme sei generell für die Abgrenzung der (voll- und teil-)stationären von der ambulanten Krankenhausbehandlung maßgeblich (vgl BSG SozR 3-2200 § 197 Nr 2; Grünenwald, WzS 1994, 78, 81; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 39 RdNr 46, 48). Auch § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V verwendet im Hinblick auf den Anspruch der Versicherten auf vollstationäre Krankenhausbehandlung den Begriff der Aufnahme. Damit ist aber noch nicht geklärt, wann eine Aufnahme im Sinne einer "physischen und organisatorischen Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses" konkret zu bejahen ist.

In Betracht kommen könnte insoweit zB die (geplante oder tatsächliche) Dauer des Krankenaufenthalts oder das Vorliegen eines "Aufnahmevertrags". Mitunter wird auch nach dem Ausmaß der Integration in das Krankenhaus differenziert, insbesondere danach, ob der Versicherte im Krankenhaus untergebracht und verpflegt wird, da Unterkunft und Verpflegung vom Grundsatz her allein bei stationärer, nicht dagegen bei ambulanter Behandlung gewährt werden (BSG SozR 3-2200 § 197 Nr 2; Höfler in Kasseler Kommentar, § 39 SGB V RdNr 3, 19; Zipperer, in Maaßen/Schermer/Wiegand/Zipperer, Gesetzliche Krankenversicherung, § 39 SGB V RdNr 13). Damit ist aber noch nicht geklärt, wann eine "Unterkunft" vorliegt, insbesondere ob dazu nicht auch ein Aufenthalt von einigen Stunden ausreicht. In der Praxis wird vielfach beim ambulanten Operieren zudem auch Verpflegung bereit gestellt, soweit die Patienten dies wünschen und zur Nahrungsaufnahme in der Lage sind (vgl Koch/Scholte/Busse, KH 1996, 409, 412). Andererseits wiederum werden teilstationäre Leistungen als stationäre Leistungen "ohne Hotel- und Unterkunftsleistungen" definiert, die lediglich auf Grund der benötigten medizinisch-organisatorischen Infrastruktur nicht im niedergelassenen ambulanten Bereich erbracht werden könnten (so Breu/Neubauer, KH 1999, 144). Das Kriterium der "Aufnahme" oder "Integration" in den Krankenhausbetrieb ist unter diesen Umständen nicht handhabbar. Das Unterschreiben eines "Aufnahmevertrags" kann schon deshalb kein geeignetes Kriterium sein, weil es sonst der Versicherte in der Hand hätte, allein dadurch die Leistungsverpflichtung der KK zu bestimmen, ohne dass sich an der Leistung selbst etwas ändert. Schließlich kann auch die Inanspruchnahme eines Bettes auf der "Station" unter dem Gesichtspunkt einer leistungsgerechten Vergütung kein entscheidender Umstand sein, weil sonst Krankenhäuser, die für ambulante Operationen sog tagesklinische Betten eingerichtet haben, gegenüber solchen Krankenhäusern, die nur Stationsbetten vorhalten, benachteiligt würden, weil sie bei gleichem Kostenaufwand nur eine geringere Vergütung als ambulante Leistung erhielten.

c) Eine Abgrenzungsschwierigkeiten weitestgehend vermeidende Definition von vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung kann nur vom Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer ausgehen. Insofern hat das LSG im Ansatz zutreffend dargelegt, eine physische und organisatorische Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses sei augenfällig gegeben, wenn sie sich zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstrecke. Damit ist die vollstationäre Behandlung erfasst. Es besteht auch weit gehende Einigkeit in der Literatur, dass der Patient bei der vollstationären Versorgung zeitlich ununterbrochen - also Tag und Nacht - im Krankenhaus untergebracht ist (Grünenwald, WzS 1994, 78, 79; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 39 RdNr 46; Schmidt in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39 SGB V RdNr 130; Tuschen/Quaas, BPfIV, 4. Aufl 1998, § 1 BPfIV Erl zu Abs 1; Vreden, KH 1998, 333, 334; Schomburg, SVFAng 2001, Nr 126, 25, 28). Ein Eingriff findet demgemäß nur "ambulant" iS des § 115b SGB V statt, wenn der Patient die Nacht vor und die Nacht nach dem Eingriff nicht im Krankenhaus verbringt.

Ist das der Fall, liegt auch keine teilstationäre Behandlung vor. Bei der teilstationären Behandlung ist die Inanspruchnahme des Krankenhauses zwar ebenfalls zeitlich beschränkt. Diese Form der stationären Behandlung erfolgt insbesondere bei Unterbringung der Patienten in Tages- und Nachtkliniken (Grünenwald, WzS 1994, 78, 79; Schmidt in Peters, aaO, § 39 SGB V RdNr 133; Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 39 RdNr 49; Vreden, KH 1998, 333, 334; Schomburg, SVFAng 2001, Nr 126, 25, 28). Bedeutsam ist die teilstationäre Versorgung vor allem auf dem Gebiet der Psychiatrie, sie findet aber auch bei somatischen Erkrankungen, bei krankhaften Schlafstörungen (Schlafapnoe) oder im Bereich der Geriatrie statt (Grünenwald, WzS 1994, 78, 80; Schmidt in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 39 SGB V RdNr 134, Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 39 RdNr 50). Kennzeichnend ist hier eine zeitliche Beschränkung auf die Behandlung tagsüber, bei der die Nacht zu Hause verbracht wird (Tageskliniken), oder auf die Behandlung abends und nachts, bei der der Patient sich tagsüber in seinem normalen Umfeld bewegt (Nachtkliniken). Aus der zeitlichen Beschränkung und den praktischen Anwendungsbereichen wird erkennbar, dass die teilstationäre Behandlung zwar keine "Rund-um-die-Uhr-Versorgung" der Patienten darstellt, sich die Behandlung aber auch nicht im Wesentlichen im Rahmen eines Tagesaufenthalts im Krankenhaus erschöpft. Vielmehr erstrecken sich teilstationäre Krankenhausbehandlungen auf Grund der im Vordergrund stehenden Krankheitsbilder regelmäßig über einen längeren Zeitraum, wobei allerdings die medizinisch-organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses benötigt wird, ohne dass eine ununterbrochene Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus notwendig ist (ähnlich Schomburg, SVFAng 2001, Nr 126, 25, 28). Einen Sonderfall stellen Behandlungen dar, die in der Regel nicht täglich, wohl aber in mehr oder weniger kurzen Intervallen erfolgen, wie es zB bei vielen Dialysepatienten der Fall ist, die zwar nicht jeden Tag, aber mehrmals in der Woche für einige Stunden im Krankenhaus versorgt werden. Eine derartige Form der Behandlung stellt einen Grenzfall zwischen teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung dar (Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 39 RdNr 48), der in der Praxis nicht selten als teilstationär eingestuft wird (so auch noch der zum 1. Januar 2004 gestrichene § 14 Abs 2 Satz 4 BPfIV), nach vorstehender Definition aber zur ambulanten Behandlung zu zählen

sein dürfte (so tendenziell bereits BSGE 47, 285, 286 = SozR 2200 § 185b Nr 6; vgl nunmehr auch § 2 Abs 2 Satz 3 BPfIV in seiner zum 1. Januar 2004 durch das Gesetz vom 23. April 2002, BGBl I 1412 geänderten Fassung).

d) Die Entscheidung zum Verbleib des Patienten über Nacht wird in der Regel zu Beginn der Behandlung vom Krankenhausarzt getroffen, kann aber im Einzelfall auch noch später erfolgen. Geht es zB um Fälle, in denen der operative Eingriff zwar nach den Regeln der Heilkunst ambulant vorgenommen werden darf, und wird er auch so geplant und durchgeführt, ist eine Entlassung des Patienten nach Hause noch am gleichen Tage nach der üblichen Ruhephase ausnahmsweise aber nicht möglich, weil wegen einer Komplikation im nachoperativen Verlauf eine ständige Beobachtung und weitere Behandlung über die Nacht hinweg angezeigt erscheint, liegt nunmehr eine - einheitliche - vollstationäre Krankenhausbehandlung vor. Dementsprechend gehen die Vertragsparteien ausweislich § 6 Abs 1 Satz 2 des Vertrags nach § 115b SGB V vom 22. März 1993 (bzw § 7 Abs 2 des ab 1. Januar 2004 gültigen Vertrags) zutreffend davon aus, dass die Vergütung der im Katalog aufgeführten Leistungen dann nach dem KHG bzw der BPfIV erfolgt, wenn der Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit einer ambulanten Operation "stationär aufgenommen" wird.

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 (Beispiel eines sog "Stundenfalls"); dann handelt es sich um eine "abgebrochene" stationäre Behandlung.

Nach den nicht angegriffenen und für den Senat daher bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des LSG liegen im vorliegenden Fall keine Anhaltspunkte für eine solche "abgebrochene" stationäre Behandlung vor.

e) Dem Kläger stand auch keine vertragliche Vergütung für die Durchführung der Behandlung als ambulante Operation nach § 115b SGB V zu, obwohl diese Leistung - ordnungsgemäß - erbracht worden ist. Denn der Kläger hat die zur Wirksamkeit der ergänzenden Zulassung zum ambulanten Operieren im Krankenhaus nach § 115b Abs 2 Satz 2 SGB V erforderliche Mitteilung über die Teilnahme an diesem Programm nicht abgegeben, sodass die Zulassung nicht wirksam geworden ist. Das Krankenhaus war daher zur Erbringung der Behandlung in dieser Form zu Lasten der Beklagten nicht befugt.

f) Allerdings stand dem Kläger ein Bereicherungsanspruch entsprechend § 812 Abs 1 Satz 1, 1. Alternative Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zu. In der Höhe belief sich dieser Anspruch - ebenso wie der entsprechende Vergütungsanspruch nach § 115b SGB V - auf 339,16 ♂, weil die Beklagte im Falle der Leistungserbringung durch ein nach § 115b SGB V zugelassenes Krankenhaus diesen Betrag hätte aufbringen müssen (vgl § 818 Abs 2 BGB). Den Bereicherungsanspruch hat die Beklagte im Revisionsverfahren in dieser Höhe anerkannt. Ein weiterer Zahlungsanspruch steht dem Kläger nicht zu.

4. Der anerkannte Zahlungsanspruch über 339,16 ♂ ist ab 24. Februar 2001 in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu verzinsen.

Der in den Rechtszügen wechselnd formulierte Klageantrag zum Zinsanspruch ist auszulegen als Anspruch auf Zahlung von Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 14 Tage nach Rechnungsdatum (Vertragszinsen), hilfsweise ab Rechtshängigkeit (Prozesszinsen). Nur der Hilfsantrag ist begründet.

Ein vertraglicher Zinsanspruch steht dem Kläger mangels vertraglichen Vergütungsanspruchs nicht zu. Der in Höhe von 339,16 ♂ begründete, anerkannte Bereicherungsanspruch ist jedoch mit 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 24. Februar 2001 unter dem Gesichtspunkt eines Prozesszinssanspruchs zu verzinsen (§ 291 BGB). Zwar hat das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass in den in die Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit fallenden Rechtsgebieten für Verzugs- und Prozesszinsen grundsätzlich kein Raum ist. Eine Ausnahme gilt jedoch für jene Zahlungsansprüche, bei denen das Gesetz eine Zinszahlung ausdrücklich anordnet (BSGE 71, 72, 74 = SozR 3-7610 § 291 Nr 1) oder bereichsspezifische Besonderheiten zu beachten sind (BSGE 64, 225, 230 = SozR 7610 § 291 Nr 2 zu soldatenrechtlichen Ausgleichsansprüchen). Das ist auch hier der Fall.

Es gibt keinen Grund, den Anspruch auf Prozesszinsen (§ 291 BGB) hinsichtlich des Bereicherungsanspruchs eines Leistungserbringens gegenüber einer KK zu versagen, wenn im entsprechenden vertraglichen Bereich ein Anspruch auf Verzugszinsen vorgesehen ist. Das ist für die Vergütung von stationären Leistungen seit jeher der Fall (vgl die Pflicht zur Regelung von Verzugszinsansprüchen bei verspäteter Zahlung in den Pflegesatzvereinbarungen gemäß § 17 Abs 1 Satz 3 BPfIV). Der Bereich des ambulanten Operierens stellt insofern lediglich eine Ergänzung des traditionellen Aufgabenkatalogs der Krankenhäuser dar, sodass auch hierfür ein Anspruch auf Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung zuzubilligen ist, solange die Verträge nach § 115b SGB V einen solchen nicht ausschließen, wie es bis heute der Fall ist. Die zivilrechtliche Regelung des § 291 BGB ist hier entsprechend heranzuziehen, weil es an sozialrechtlichen Sonderregelungen, die der Anwendbarkeit entgegenstehen würden, fehlt (BSGE 64, 225, 233 = SozR 7610 § 291 Nr 2; BVerwGE 54, 285, 290). Insbesondere gilt die - auf Sozialleistungsansprüche zugeschnittene - Verzinsungsregelung des § 44 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) im Bereich der Entgeltansprüche von Leistungserbringern nicht (BSGE 71, 72, 75 = SozR 3-7610 § 291 Nr 1; Mrozynski, SGB I, 3. Aufl 2003, § 44 RdNr 2 mwN).

Der Anspruch auf Prozesszinsen steht dem Kläger ab 24. Februar 2001 zu, weil an diesem Tag die Klage beim SG

eingegangen und daher die sozialgerichtliche Rechtshängigkeit nach § 94 SGG eingetreten ist. Für den Eintritt der Rechtshängigkeit sind § 253 Abs 1 und § 261 Abs 1 Zivilprozessordnung (ZPO), wonach die Rechtshängigkeit einer zivilrechtlichen Klage erst mit der Zustellung der Klageschrift an den Beklagten eintritt, nicht einschlägig (BSGE 64, 225, 230 = SozR 7610 § 291 Nr 2).

Der Bereicherungsanspruch war jedenfalls am 24. Februar 2001 fällig. Er ist bereits mit Abschluss der Krankenhausbehandlung am 14. Oktober 1998 fällig geworden. Die nach § 303 Abs 3 Satz 1 SGB V iVm § 301 Abs 1 SGB V erforderliche Erstellung und Übermittlung einer den Erfordernissen des § 301 SGB V entsprechenden Abrechnung einer von § 115b SGB V erfassten Krankenhausbehandlung (§ 301 Abs 1 Satz 1 Nr 9 SGB V), die vom Kläger entsprechend seiner Behauptung einer stationären Behandlung nicht erteilt worden ist, führt nur die Fälligkeit eines vertraglichen Vergütungsanspruchs herbei, ist aber für einen entsprechenden Bereicherungsanspruch nicht erforderlich. Diese Forderung wird mit ihrem Entstehen nach Abschluss der rechtsgrundlosen Leistungserbringung auch fällig (§ 271 BGB).

Die Höhe des Zinsanspruchs ergibt sich aus § 291 BGB iVm § 288 Abs 1 BGB in der hier anwendbaren Fassung des Gesetzes zur Beschleunigung fälliger Zahlungen vom 30. März 2000 (BGBl I 330). Die Vorschrift ist insoweit inhaltsgleich mit § 288 Abs 1 BGB in der ab 1. Januar 2002 geltenden Fassung des Schuldrechtsmodernisierungsgesetzes (SMG) vom 26. November 2001 (BGBl I 3138).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG in der hier noch anzuwendenden, bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung iVm § 116 Bundesrechtsanwaltsgebührenordnung (BRAGO). Der Senat hat bei seiner Entscheidung, die Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen gegeneinander aufzuheben (vgl § 92 Abs 1 ZPO), berücksichtigt, dass der Kläger betragsmäßig zwar zu rund 60 vH in der Hauptsache obsiegt hat, der Schwerpunkt der rechtlichen Auseinandersetzung aber bei dem als unbegründet erkannten vertraglichen Vergütungsanspruch gelegen hat.

