LSG München, Urteil v. 30.09.2026 – L 20 KR 35/24

Titel:

EPU mit Ablationsbereitsschaft als vollstationäre Behandlung

Leitsatz:

Wenn sich nach Abschluss der Diagnostik ergibt, dass eine weitere Behandlung nicht erforderlich ist, verliert eine zuvor getroffene, mediznisch nachvollziehbare stationäre Aufnahmeentscheidung nicht ihre Wirksamkeit (folgend: BSG, B 1 KR 15/22 R, B 1 KR 11/20 R).

Schlagworte:

medizinische Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeitsgebot, primäre Fehlbelegung, Vergütungsanspruch, ex-ante-Betrachtung, Beweislast

Vorinstanz:

SG Nürnberg, Urteil vom 13.12.2023 – S 11 KR 765/19

Tenor

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 13. 12.2023 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 2.145 EUR festgesetzt.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

1
Streitig ist die Vergütung einer vollstationären Krankenhausbehandlung zur Durchführung einer elektrophysiologischen Untersuchung (EPU).

2
Die Klägerin und Berufungsbeklagte betreibt ein nach § 108 Sozialgesetzbuch (SGB) V zugelassenes Krankenhaus und behandelte nach elektiver Aufnahme im Zeitraum vom 12.07.2017 bis 13.07.2017 den bei der Beklagten und Berufungsführerin versicherten Patienten S, geboren 1994 (Versicherter). Bei dem Versicherten wurde im November 2015 bei einer permanenten junktionalen Reentry-Tachykardie eine EPU mit Ablation (Verödung) einer akzessorischen Leitungsbahn durchgeführt. Auch in der Folge litt der Versicherte an Palpitationen mit intermittierendem und selbstlimitierendem Herzrasen. Daher erfolgte im Jahr 2017 nach vorstationärer Aufklärung eine erneute stationäre Aufnahme zur erweiterten EPU mit Ablationsbereitschaft. Die 90-minütige EPU, bei der neben dem Zugang über die Leiste mit drei Elektrodenkathetern ein zusätzlicher zehnpoliger Katheter durch Punktion der Schlüsselbeinvene gelegt und eine medikamentöse Stimulation mit drei Dosen Orciprenalin durchgeführt wurde, ergab keinen Befund, der eine Ablation oder weitere invasive Maßnahmen veranlasst hätte. Der Versicherte wurde am Folgetag bei kardiopulmonaler Stabilität in gutem Allgemeinzustand entlassen.

3
Für die Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten am 13.07.2017 einen Betrag iHv 2.145,92 EUR nach DRG F49F bei einer Verweildauer von einem Tag in Rechnung. Die Beklagte beglich den Rechnungsbetrag zunächst. Der Gutachter des Medizinischen Dienstes (MD) kam in seinem Gutachten vom 13.04.2018 ohne Begründung zu dem Ergebnis, dass keine Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung bestanden habe, der Versicherte hätte am Nachmittag des 12.07.2017 entlassen werden können. Die Beklagte rechnete mit einer unbestrittenen Forderung in voller Höhe auf und lehnte die Durchführung eines Nachverfahrens ab.

4
Dagegen hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Nürnberg (SG) erhoben und vorgetragen, die stationäre Aufnahme zur EPU in Ablationsbereitschaft wäre insbesondere unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls aufgrund der bekannten medizinischen Vorgeschichte des Versicherten erforderlich gewesen.

Nach einer EPU und Gabe von Katecholaminen mit Auswirkungen auf den Herzrhythmus sei eine Überwachung des Versicherten unabdingbar. Eine Komplikation der EPU oder Ablation sei eine Myokardperforation mit Ausbildung eines Perikardergusses, zudem bestünde aufgrund der Zugänge ein Nachblutungsrisiko. Die Beklagte hat repliziert, es habe keine Notwendigkeit zur stationären Aufnahme des Versicherten bestanden, auch nicht aus exante-Sicht. Hierfür genüge nicht, dass nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit bei der Durchführung der EPU mit einer Entdeckung der Notwendigkeit einer Ablationsbehandlung zu rechnen gewesen sei. Selbst im Fall einer Ablationsbehandlung wäre diese nicht zwingend im stationären Setting durchzuführen gewesen. Letztlich habe für eine stationäre Aufnahme des Versicherten schon deshalb keine Notwendigkeit bestanden, weil die EPU vorstationär hätte durchgeführt werden können und die Beklagte bei Notwendigkeit einer Ablation unproblematisch in eine vollstationäre Behandlung hätte übergehen und diese abrechnen können.

5
Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung von zwei Sachverständigengutachten nach Aktenlage. Der Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Angiologie, Intensivmedizin und Diabetologie W (W) kam in seinem Gutachten vom 24.11.2020, ergänzt am 18.03.2021 und 03.09.2021, zu folgendem Ergebnis: Der stationäre Aufenthalt des Versicherten sei medizinisch erforderlich gewesen ist. Eine ambulante EPU werde gutachterlich nicht befürwortet; die EPU würde in Deutschland in aller Regel stationär durchgeführt. Die bei der Untersuchung durchgeführten intrakardialen Manöver würden eine nicht zu vernachlässigende Komplikationsrate nach sich ziehen (Verletzungen des Herzens, Nachblutungen der Leiste, Lungenverletzungen mit Entwicklung eines Pneumothorax). Auch seien bei der Untersuchung Medikamente verwendet worden, die Herzrhythmusstörungen oder Blutdruckentgleisungen auslösen können. Die Untersuchung sei insgesamt hochkomplex mit dem Einsatz mehrpoliger, großvolumiger Katheter – in Gestalt einer erweiterten diagnostischen Herzkatheteruntersuchung mit vier Sonden –, mit mehreren Punktionsstellen sowie mit der Gabe kardial wirksamer Medikamente gewesen. Nach der Untersuchung sei beim Versicherten für acht Stunden ein Druckverband angelegt worden. Eine stationäre Überwachung sei nach den maßgeblichen Leitlinien und Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie in diesem Fall indiziert gewesen.

6
Der Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Sozialmedizin, spezielle internistische Intensivmedizin und Medizinischer Sachverständiger (cpu) S (S) kam am 24.11.2022 und 21.08.2023 zu dem Schluss, dass bei der Behandlung des Versicherten die Verwendung der besonderen Mittel eines Krankenhauses nicht erforderlich gewesen wäre. Die EPU sei komplikationslos verlaufen, eine Ablationsbehandlung sei nicht erfolgt. Die letzte Gabe von Orciprenalin sei am 12.07.2017, um 10:05 Uhr erfolgt.
Nachbeobachtungsprotokolle lägen nicht vor; nach der Untersuchung seien ein einmaliger Eintrag von Vitalzeichen und ein einmaliger Pflegeeintrag erfolgt, der Beschwerdefreiheit attestiert habe. Ein besonderer Überwachungsbedarf habe offensichtlich nicht bestanden, insbesondere sei keine Monitorüberwachung und keine bildgebende Kontrolle erfolgt. Auch eine besondere Gefahr für den Versicherten wegen der Gabe von Orciprenalin sei nicht erkennbar gewesen, ebenso wenig die Gefahr einer potenziell lebensbedrohlichen Durchstechung der Herzwand. Aus seiner Sicht handele es sich im vorliegenden Fall um eine primäre Fehlbelegung. Der Aufenthalt habe ausschließlich der elektiven Erbringung einer rein diagnostischen EPU ohne Ablationsbehandlung gedient. Auch die Einlage eines Coronarsinuskatheters stelle aus gutachtlicher Sicht keine Begründung für die medizinische Notwendigkeit einer vollstationären Versorgung dar. Zwar habe aus exante-Sicht des behandelnden Arztes die Möglichkeit einer erneuten Notwendigkeit einer Ablationsbehandlung grundsätzlich bestanden, die dann zwingend die stationäre Überwachung für mindestens einen Belegungstag erfordert hätte. Eine Ablationsbehandlung sei aber letztlich nicht notwendig geworden. Auch seien im weiteren Verlauf der stationären Behandlung keine Eigenschaften des Patienten oder eingetretene Komplikationen erwähnt oder dokumentiert, die eine vollstationäre Versorgung im vorliegenden Fall erforderlich gemacht hätten. Aus medizinischer Sicht hätte sich dieses Erfordernis erst ergeben, wenn es im Laufe bzw. infolge der EPU zu einer Ablationsbehandlung und/oder zu Komplikationen gekommen wäre.

7
Eine erneute Begutachtung nach Aktenlage durch den MD vom 22.12.2021 kam zu folgendem Ergebnis: Eine EPU könne unter gewissen Voraussetzungen ambulant erfolgen, es sei aber davon auszugehen, dass regelhaft eine nachgehende Überwachung bis zum nächsten Tag im Krankenhaus erfolge. Die Punktion der

Schlüsselbeinvene sei einer der Standardzugänge bei der EPU. Es sei im Einzelfall nicht erkennbar, dass die Gabe von Orciprenalin eine stationäre Überwachung über Nacht erfordern würde. Es wäre aufgrund der Ausgangsbedingungen der Befunde der elektrophysiologischen Untersuchung und des Verlaufs nach der Intervention medizinisch vertretbar gewesen, den Patienten im Laufe des Nachmittags oder des Abends des Eingriffstages nach Hause zu entlassen.

8
Das SG hat die Beklagte mit Urteil vom 13.12.2023 zur Zahlung des Rechnungsbetrags verurteilt und dies mit dem Ergebnis des Beweiserhebung begründet. Es argumentierte, dass aus exante-Sicht eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit bestanden hätte; dass sich dieses Risiko letztlich nicht realisiert habe und keine besonderen Überwachungs- bzw. Behandlungsmaßnahmen nach der durchgeführten EPU erforderlich geworden seien und der Versicherte gegebenenfalls auch vorzeitig aus der stationären Behandlung wieder hätte entlassen werden können, lasse die Erforderlichkeit der stationären Aufnahme im Nachhinein nicht entfallen.

9
Dagegen hat die Beklagte fristgerecht Berufung eingelegt und unter Bezugnahme auf ihren erstinstanzlichen Vortrag zusammenfassend erklärt, sie halte an der Rechtsauffassung des MD und des Sachverständigen S zum Vorliegen einer primären Fehlbelegung fest. Auch aus exante-Sicht sei eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen. Das hypothetische Risiko einer erneuten Ablationsbehandlung sei nicht ausreichend. Der Versicherte sei jung, kardial stabil und ohne ernsthafte Komorbiditäten und Begleiterkrankungen gewesen. Die Aufnahme zur Diagnostik sei elektiv erfolgt. Aus einer fehlenden Vergütung einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus lasse sich keine medizinische Notwendigkeit für eine stationäre Behandlung ableiten.

10
Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 13.12.2023 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

11
Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

12
Sie hat zusammengefasst vorgetragen, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme der begründete Verdacht auf Wiederauftreten von Herzrhythmusstörungen bestanden habe, dies habe auch der Sachverständige S bestätigt. Ein anderes Ergebnis aus der expost-Perspektive sei nicht zulässig. Auch der MD habe anerkannt, dass eine EPU in der Regel stationär durchgeführt werden. Bei der elektiven Aufnahme zur EPU sei bereits geplant gewesen, dass beim Auftreten von Herz-Rhythmusstörungen eine Ablation durchgeführt werde; darüber sei der Versicherte im Vorfeld aufgeklärt worden.

13
Im Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage am 30.07.2026 haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

14
Zur Ergänzung des Sachverhalts und Vorbringens der Parteien wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten, der Patientenakte des Versicherten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

15
Die statthafte und auch im Übrigen zulässige Berufung der Beklagten (§§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz – SGG) ist nicht begründet.

16
Der Senat konnte den Rechtsstreit mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden (§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG).

17
1. Das SG hat nach umfangreichen Ermittlungen zutreffend entschieden, dass der Klägerin ein Anspruch gegen die Beklagte auf Vergütung des stationären Krankenhausaufenthalts iHv 2.145,92 EUR zzgl. Zinsen zusteht. Auf die Begründung des SG wird Bezug genommen (§ 153 Abs. 2 SGG) und ergänzend ausgeführt:

18
a) Die Beklagte zweifelt weder die Behandlungsbedürftigkeit ihres Versicherten an noch die Durchführung der Behandlung lege artis durch die Klägerin. Sie bestreitet jedoch, dass für die Behandlung des Versicherten die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme bestand und damit auch ihre Vergütungspflicht. Nach § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V entsteht der Vergütungsanspruch des Krankenhauses und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch Versicherte kraft Gesetzes, wenn die Versorgung – wie hier – in einem zugelassenen Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages durchgeführt wird und iSv § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (BSG, Urteil vom 19.04.2016 – B 1 KR 21/15 R – juris, Rn. 20). Nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre, stationsäquivalente oder tagesstationäre Behandlung durch ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden kann. Die vollstationäre Behandlung ist nach dem Gebot ausreichendzweckmäßiger Krankenhausbehandlungen als intensivste Form der Krankenhausbehandlung die ultima ratio. Die Nichtvergütung der Behandlung bei primärer Fehlbelegung ist damit Ausdruck der Wirtschaftlichkeitskontrolle (BSG, Urt 29.10.2025 – B 1 KR 11/24 R).

19
Die Beurteilung der stationären Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch den verantwortlichen Krankenhausarzt ist im Abrechnungsstreit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse immer daraufhin zu überprüfen, ob nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des Krankenhausarztes – ex ante – eine Krankenhausbehandlung erforderlich war, seine Beurteilung also den medizinischen Richtlinien, Leitlinien und Standards entsprach und nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung stand (BSG, Beschluss des Großen Senats . 25.09.2007 – GS 1/06; Urt. v.10.04.2008 – B 3 KR 19/05 R). Für die Entscheidung, medizinische Behandlungen ambulant oder stationär durchzuführen, sind in erster Linie Risikoabwägungen ausschlaggebend. Es bedarf also neben der generellen auch der individuellen Erforderlichkeit der stationären Krankenhausbehandlung im konkreten Einzelfall (Wahl in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 5. Aufl., § 39 SGB V, Rn. 83 m.w.N. der BSG-Rechtsprechung). Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen. Dem beurteilenden Krankenhausarzt kommt dabei keine Einschätzungsprärogative zu.

20
b) Diese rechtlichen Maßgaben zugrunde gelegt, sieht der Senat die stationäre Aufnahme des Versicherten am 12.07.2017 als medizinisch notwendig an. Es bestand keine primäre Fehlbelegung, da nicht von Beginn an keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V bestand. Bei der EPU mit Ablationsbereitschaft handelt es sich um eine komplexe Behandlung, die aus exante-Sicht des Krankenhausarztes im Jahr 2017 nach generellen Erwägungen (dazu unter aa) und aufgrund der Verhältnisse im individuellen Einzelfall (dazu unter bb) stationär durchzuführen war. Daher kann offenbleiben, ob aufgrund der Untersuchungsergebnisse eine Entlassung am Nachmittag oder Abend des Aufnahmetages möglich gewesen wäre (dazu unter cc). Die Alternative der Durchführung der EPU als vorstationäre Leistungen bestand nicht (dazu unter dd).

21
aa) Für die Durchführung einer EPU mit Ablationsbereitschaft war zum Behandlungszeitpunkt eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich, da die mit der Behandlung verfolgten Ziele die Mittel eines Krankenhauses eingesetzt werden mussten.

22

Die kathetergestützte EPU wurde im Jahr 2017 in der Regel stationär durchgeführt. Auch bei der Erweiterung des Katalogs ambulant durchführbarer Leistungen (AOP-Katalog) im Jahr 2023 wurde die EPU nicht aufgenommen. Erst mit den darauffolgenden Reformen rückte die EPU weiter in den Fokus der Ambulantisierung. Im Jahr 2026 wurde das kardiologische Leistungsspektrum rund um EPU und kathetergestützte Ablationen dann im Rahmen des Hybrid-DRG-Katalogs nach § 115f SGB V, der im Zuge des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) erweitert wurde, für die sektorengleiche Vergütung freigegeben. Mit der Aufnahme in die Kataloge der §§ 115b ff. SGB V ist auch die Möglichkeit der Vergütung der ambulanten Leistungen durch das Krankenhaus einhergegangen.

23
Der Senat verkennt nicht, dass die Feststellung einer primären Fehlbelegung weder von der Möglichkeit der Vergütung abhängt, wie die Beklagte zutreffend ausführt, noch formal daran anknüpft, ob eine Leistung im AOP-Katalog gelistet ist, sondern daran, ob nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse zum Behandlungszeitpunkt (2017) eine nichtstationäre Versorgung ausreichend und zweckmäßig gewesen wäre. Das Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet Leistungserbringer grundsätzlich, vorhandene stationsersetzende Möglichkeiten als Alternativen zu prüfen.

24
Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme wird festgestellt, dass die Erbringung einer EPU mit Ablationsbereitschaft als ambulante Leistung medizinisch nicht ausreichend zweckmäßig gewesen wäre.

25
Der gerichtlichen Sachverständige W und der MD sind sich einig, dass im Jahr 2017 eine EPU in der Regel stationär erbracht wurde. Dies bestätigt auch das Ergebnis des Dialogs zwischen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) und der Sozialmedizinischen Expertengruppe 4 des MDK (Schumacher et al, Der Kardiologe 2017, veröffentlicht online 08.05.2017, letzter Aufruf 02.10.2026) zur transparenten Beurteilung der Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung und Vermeidung von Auseinandersetzungen zwischen Krankenhäusern und dem MDK im Einzelfall: „Die EPU und die Ablation werden in der Regel im selben stationären Aufenthalt durchgeführt. Die Notwendigkeit der stationären Behandlung ist aufgrund der Komplexität und Invasivität gegeben.“ Erst im Jahr 2023 erklärte die DGK (Der Kardiologe, Stellbrink et al, veröffentlicht online 03.04.2023, letzter Aufruf 02.10.2026), dass die Ambulantisierung bisher stationär durchgeführter Eingriffe aufgrund ua der technischen Fortschritte vieler Verfahren sinnvoll wäre. Diagnostische EPU – bei elektiver Aufnahme und ohne patientenseitige zusätzliche Risikofaktoren – seien prinzipiell ambulant durchführbar. Zur ambulanten Durchführung von Katheterablation habe es bis wenigen Jahren nur wenige Untersuchungen gegeben. Im Jahr 2017 war die Durchführung einer EPU mit Ablationsbereitschaft daher sowohl aufgrund der apparativen Ausstattung des Krankenhauses als auch wegen der Notwendigkeit der Nachüberwachung mit einem jederzeit rufbereiten Arzt erforderlich.

26
Soweit die Beklagte und der Gutachter S darauf verwiesen, dass hier nur elektive Diagnostik durchgeführt wurde, ist dies zwar zutreffend und wird auch von der Klägerin nicht bestritten, verkennt aber den hier relevanten exante-Blickwinkel des Krankenhausarztes. Beim vorliegenden Krankheitsbild des Versicherten kann sich erst im Rahmen der Diagnostik herausstellen, ob eine Ablation vonnöten ist. Daher ist es sowohl wirtschaftlich sinnvoll und für das Patientenwohl unumgänglich, dass die Diagnostik bereits mit Ablationsbereitschaft durchgeführt wird. Es wäre den Patienten nicht zumutbar, wenn eine Intervention – trotz der bereits gelegten Katheter – in einer separaten Behandlung durchgeführt würde. Das Formular des Krankenhauses für die dokumentierte Patientenaufklärung beinhaltet daher standardmäßig die Durchführung der EPU und der Kathetertherapie (Ablation). Das Risiko einer potentiellen Ablationsnotwendigkeit und die daraus folgende stationäre Überwachungsnotwendigkeit wird gutachterlich, auch durch S, bejaht. Die Möglichkeit der Durchführung einer ambulanten Ablation im Jahr 2017 wird von der Beklagten zwar behauptet, konnte aber im Rahmen der Beweiserhebung nicht erhärtet werden.

27
Damit steht für den Senat fest, dass der aufnehmende Krankenhausarzt ex ante zum Zeitpunkt der Behandlung von einem generellen Erfordernis der stationären Aufnahme zur Durchführung der EPU in Ablationsbereitschaft ausgehen durfte. Mangels Entscheidungsrelevanz kann offenbleiben, ob aufgrund der Tatsache, dass im Jahr 2017 die EPU noch in keinem der Kataloge der §§ 115b ff. SGB V aufgenommen

war, die Beklagte im Rahmen der Beweisführung für die Möglichkeit einer stationsersetzenden Durchführung der Behandlung beweispflichtig gewesen wäre (so Steege in Hauck/Noftz, SGB V, § 115b Rn. 51).

28
bb) Die Betrachtung des Einzelfalls der Behandlung des Versicherten stärkt dieses Ergebnis, da die EPU beim Versicherten in erweiterter Form durchgeführt werden musste.

29
Wegen des Krankheitsbilds einer permanenten junktionalen Reentry-Tachykardie, die sich im Rahmen der EPU im Jahr 2015 zeigte, wurde der Versicherte bereits ablatiert. Dies machte 2017 eine – zeitlich und methodisch – erweiterte EPU erforderlich. Es besteht Einigkeit der Gutachter, dass diese erweiterte EPU mit Anlage eines Coronarsinuskatheters beim Versicherten medizinisch erforderlich war, um das Areal der Ablation aus 2015 untersuchen zu können. Die Notwendigkeit von zwei Punktionsorten (Leiste und Schlüsselbeinvene) erhöhte die allgemeinen Risiken einer EPU um das Risiko von Lungenverletzungen mit Entwicklung einer Pneumothorax und erforderte die Kontrolle von zwei Punktionsstellen. Nach einer EPU muss – aufgrund der Einführung von Kunststoffschläuchen in die Blutgefäße – grundsätzlich für mehrere Stunden ein Druckverband angelegt werden, um Nachblutungen und Hämatome an den Einstichstellen zu verhindern. Das Anlegen eines Druckverbands an zwei Punktionsstellen beim Versicherten bis 18 Uhr ist dokumentiert, daher sind die Forderungen des MD zu einer möglichen Entlassung bereits am Nachmittag nicht nachvollziehbar.

30
Zudem wurden beim Versicherten ausweislich der Patientenakte drei Dosen Orciprenalin (laut Klägerin insgesamt über der Höchstmenge) im Rahmen der EPU eingesetzt, letzte Gabe am 12.07.2017 um 10:05 Uhr. Diese haben – laut Klägerin und MD – eine Halbwertszeit von 2,6 h. Nicht einheitlich sehen Klägerin, MD und Sachverständige den Zeitpunkt des Abklingens des Medikaments. Während S darauf hinweist, dass um ca. 20 Uhr bereits 87% abgeklungen seien, sieht die Klägerin erst das vollständige Abklingen nach 5 Halbwertszeiten, somit um ca. 23 Uhr, als relevant an. Darauf kommt es jedoch im Ergebnis nicht an, denn es war für den aufnehmenden Krankenhausarzt nicht möglich, ex ante zu erkennen, ob, wann und wieviel Orciprenalin im Rahmen der Untersuchung zur Stimulation eingesetzt werden muss. Ausreichend für die Entscheidung der Aufnahme ist allein die – wohl unstreitige – medizinische Überwachungspflicht nach der Gabe. Unerheblich ist ebenfalls, dass die Überwachung nicht über Monitore oder bildgebende Kontrolle durchgeführt wurde und insgesamt unzureichend dokumentiert ist, wie von S moniert. Es ist aus Sicht des Senats nachvollziehbar, dass es beim Krankheitsbild des Versicherten ausreichend war, wenn unter Einbindung in die Krankenhausstruktur rufbereite Fachärzte zur Verfügung standen, die der Patient beim Auftreten von Herz- oder sonstigen Beschwerden von seinem Stationsbett aus hätte rufen können.

31
cc) Das Ergebnis, dass es keiner stationären Behandlung bedürft hätte, zu dem der MD und S kommen, basiert darauf, dass sie aus expost-Sicht die Behandlung als reine elektive Diagnose einstufen. Dies ist zwar richtig, insbesondere die medizinischen Ausführungen von S werden nicht angezweifelt. Der rechtliche Anspruch der Klägerin auf Vergütung ist aber nicht an diese expost-Sicht geknüpft.

32
Stellt sich die damalige Prognose, dass eine stationäre Behandlung erforderlich sei, aufgrund der bei Aufnahme erkennbaren Umstände als objektiv vertretbar heraus, ist es unschädlich, wenn sich expost nach Abschluss der Diagnostik ergibt, dass keine weitergehende stationäre Behandlung erforderlich ist. Die spätere Erkenntnis, dass die Beschwerden auch ambulant hätten behandelt werden können oder gar keine Therapie notwendig war, nimmt der zuvor getroffenen, medizinisch nachvollziehbaren stationären Aufnahmeentscheidung nicht rückwirkend die Wirksamkeit (bspw.: BSG, Urteil vom 29.08.2023 – B 1 KR 15/22 R – juris, Rn. 14; BSG, Urteil vom 18.05.2021 – B 1 KR 11/20 R – juris, Rn. 11; BSG, Urteil vom 19. 09.2013 – B 3 KR 34/12 R – juris, Rn. 13).

33
Nach den Feststellungen des Senats unter aa) und bb) besteht an der medizinischen Vertretbarkeit der Entscheidung des Krankenhausarztes zum Aufnahmezeitpunkt kein Zweifel.

34

Dass sich die Risiken von Perforationen, einer besonderen Überwachungspflicht nach Kathetertherapie oder postinterventioneller Beschwerden letztlich nicht realisiert haben und der Versicherte auch am Abend / in der Nacht des 12.07.2017 aus der stationären Behandlung wieder hätte entlassen werden können, lässt die Erforderlichkeit der stationären Aufnahme im Nachhinein nicht entfallen.

35
dd) Da aufgrund der objektiven Vertretbarkeit der exante-Entscheidung für eine vollstationäre Aufnahme nicht mehr entscheidungserheblich, sei zum Vortrag der Beklagten, dass die EPU hätte vorstationär durchgeführt und unproblematisch in eine stationäre Behandlung überführt werden können, nur anzumerken, dass dies aufgrund der Besonderheit der angewandten Diagnostik medizinisch nicht sinnvoll erscheint.

36
Die vorstationäre Behandlung ist eine Form der Krankenhausbehandlung ohne Unterkunft und Verpflegung, die der Klärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung oder deren Vorbereitung dient (§ 115 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V). Es fehlt vorliegend nicht nur formal nur an einer vertragsärztlichen Verordnung (§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7, Abs. 4 SGB V), die im Jahr 2017 wohl auch schwierig zu bekommen gewesen wäre, und einer entsprechenden Entscheidung des Krankenhausarztes für diese Behandlungsform, sondern – wie unter aa) dargelegt – müssen hier invasive Diagnostik und Therapie in einer Behandlung durchgeführt werden, da die Notwendigkeit der Kathetertherapie sich erst in der EPU herausstellt und diese dann unmittelbar unter Verwendung der für die EPU gelegten Katheter stattfinden muss. Die EPU dient somit nicht der Vorbereitung einer Behandlung, sondern ist vom medizinischen Ablauf her Teil der Intervention. Zu Recht wurden hier vorstationär nur Labor und Aufklärung des Versicherten durchgeführt.

37
c) Wie vom SG zutreffend ausgeführt, beruht der Zinsanspruch auf § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V iVm §§ 291, 288 Abs. 1 Satz 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG iVm § 21 Nr. 1 der im Zeitpunkt der Krankenhausbehandlung geltenden „Vereinbarung für den Vereinbarungs-/Pflegesatzzeitraum 2017 nach § 11 Abs. 1 KHEntgG“.

38
2. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm §§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), der Streitwert ergibt sich aus 197a SGG iVm §§ 52 Abs. 1 und 3, 47 Abs. 1 Gerichtskostengesetz (GKG).

39
3. Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.