

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
17. November 2015

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 30/14 R

L 4 KR 409/11 (LSG Niedersachsen-Bremen)
S 39 KN 73/09 KR (SG Hannover)

.....

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....

g e g e n

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
Pieperstraße 14 - 28, 44789 Bochum,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 17. November 2015 durch den Richter Prof. Dr. H a u c k als Vorsitzenden, die Richter C o s e r i u und Dr. E s t e l m a n n sowie den ehrenamtlichen Richter T e e t z und die ehrenamtliche Richterin K a n d r a s c h o w für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 29. Juli 2014 aufgehoben und der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 133,96 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Untersuchung im Krankenhaus.
- 2 Die Klägerin betreibt in H. ein für die Behandlung Versicherter zugelassenes Krankenhaus. Ein Arzt der vertragsärztlichen Gemeinschaftspraxis K (Allgemein- und Sportmedizin) in S. verordnete nach einer von ihm veranlassten MRT-Untersuchung (21.12.2005, *Arztbrief der radiologischen Praxis F. vom 22.12.2005*) der bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten I. K. (im Folgenden: Versicherte) Krankenhausbehandlung wegen "Kniebinnenschaden re. M17.1" (23.12.2005). Das Krankenhaus der Klägerin untersuchte die Versicherte (23.12.2005), berücksichtigte die MRT-Untersuchung, fertigte Röntgenaufnahmen an (23.12.2005) und stellte fest, dass nur eine ambulante Operation erforderlich sei. Es operierte nach Voruntersuchung (27.12.2005) die Versicherte ambulant (*Kniegelenks-Arthroskopie mit oberflächlicher Knorpelglättung und partieller Synovektomie, 28.12.2005*). Die Beklagte vergütete die ambulante Operation und zunächst auch die Untersuchung vom 23.12.2005 (133,96 Euro; *Rechnung vom 31.12.2005*). 2008 "stornierte" die Beklagte die Untersuchungsvergütung, weil sie als präoperative Leistung mit der für die ambulante Operation gezahlten Vergütung abgegolten sei. Sie rechnete mit einer unstreitigen Forderung in entsprechender Höhe auf (16.7.2008). Das SG hat die Beklagte antragsgemäß verurteilt, 133,96 Euro nebst Zinsen iHv zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 16.7.2008 zu zahlen (*Urteil vom 5.8.2011*). Das LSG hat das SG-Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die vorstationäre Behandlung am 23.12.2005 sei der ambulanten Operation am 28.12.2005 zuzuordnen. Die Vergütungsregelungen des AOP-Vertrages (*Vertrag nach § 115b Abs 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus, hier anzuwenden in der vom Bundesschiedsamt in der Sitzung am 18.3.2005 festgesetzten Fassung*) schlossen den Anspruch auf eine separate Vergütung der vorstationären Behandlung aus (*Urteil vom 29.7.2014*).
- 3 Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung des § 115a SGB V. Die vorstationäre Behandlung sei zu vergüten (§ 115a Abs 3 SGB V), da die Versicherte erst durch einen Krankenhausarzt habe untersucht werden müssen, um zu entscheiden, welche Art der Behandlung geboten gewesen sei (§ 115a Abs 1 S 1 Nr 1 Fall 1 SGB V).
- 4 Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 29. Juli 2014 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 5. August 2011 zurückzuweisen,
hilfsweise,
das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 29. Juli 2014 aufzuheben

ben und den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

- 5 Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 6 Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

- 7 Die zulässige Revision der klagenden Krankenhausträgerin ist im Sinne der Zurückverweisung der Sache an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet (§ 170 Abs 2 S 2 SGG).
- 8 Das angefochtene LSG-Urteil ist aufzuheben, denn es verletzt materielles Recht und erweist sich auch nicht aus anderen Gründen als richtig. Die Feststellungen des LSG reichen nicht aus, um abschließend über den zulässigerweise mit der (echten) Leistungsklage (§ 54 Abs 5 SGG; *stRspr*, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 8, alle mwN) geltend gemachten Anspruch auf Zahlung von 133,96 Euro nebst Zinsen für die Behandlung anderer Versicherter (*dazu 1.*) zu entscheiden. Es steht nicht fest, ob der anderweitige Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung durch Aufrechnung erlosch (*dazu 2.*), weil das LSG nicht die Erforderlichkeit vorstationärer Untersuchung als Voraussetzung des Erstattungsanspruchs festgestellt hat, mit dem die Beklagte aufrechnete (*dazu 3.*).
- 9 1. Zu Recht ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass der Klägerin aufgrund stationärer Behandlung anderer Versicherter der Beklagten zunächst Anspruch auf die abgerechnete Vergütung in Höhe von 133,96 Euro zustand; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats erübrigt sich insoweit (vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 7 RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 15; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 4 RdNr 8).
- 10 2. Es steht nicht fest, dass die Voraussetzungen dafür erfüllt waren, dass der anderweitige Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung dadurch erlosch, dass die Beklagte wirksam mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausuntersuchung der Versicherten analog § 387 BGB die Aufrechnung erklärte (*zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl zB BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 9 ff mwN, stRspr*). Wenn die Beklagte einen Erstattungsanspruch auf Zahlung von 133,96 Euro hatte, waren der Vergütungsanspruch der Klägerin und der von der Beklagten aufgerechnete öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch gegenseitig und

gleichartig (vgl hierzu BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 16), der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch war fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar. Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung iHv 133,96 Euro waren aber nur dann erfüllt, wenn die Untersuchung der Versicherten am 23.12.2005 keine erforderliche Krankenhausbehandlung war. Die Beklagte hatte in diesem Falle rechtsgrundlos 133,96 Euro vergütet. Hierzu fehlt es an Feststellungen der Vorinstanz.

- 11 3. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin für die Untersuchung vom 23.12.2005 ist die Vergütungsregelung für vorstationäre Behandlung (*dazu a*). Außerhalb dieser Vergütungsregelung bestehen vorliegend keine gesetzlichen oder vertraglichen Vergütungsansprüche (*dazu b*). Die Voraussetzungen der Vergütung vorstationärer Behandlung waren hinsichtlich der Abrechenbarkeit an sich (*dazu c*) und der speziellen Anforderungen des § 115a SGB V (*dazu d*) erfüllt. Es fehlt aber an Feststellungen dazu, dass die vorstationäre Untersuchung erforderlich war (*dazu e*).
- 12 a) Die Zahlungsverpflichtung einer KK für vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung entsteht nach näherer Maßgabe von § 115a Abs 3 SGB V zur Anspruchshöhe - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt, zudem den speziellen Anforderungen des § 115a SGB V genügt, erforderlich und abrechenbar ist. Das entspricht den speziellen gesetzlichen Vorgaben in Verbindung mit den allgemeinen Grundsätzen für die Vergütung von Krankenhausbehandlung, die ergänzend auch für vor- und nachstationäre Behandlungen gelten (vgl BSG SozR 4-2500 § 115a Nr 5 RdNr 8; BSGE 114, 199 = SozR 4-2500 § 115a Nr 4, RdNr 9).
- 13 b) Außerhalb der Vergütungsregelung für vorstationäre Behandlung ergibt sich weder eine weitere Anspruchsgrundlage aus § 109 Abs 4 S 3 SGB V iVm dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und den dazu maßgeblichen Normenverträgen noch aus einem anderen Vertrag, insbesondere auch nicht aus einem für das Land Niedersachsen geltenden Vertrag nach § 115 Abs 1 oder § 112 SGB V. Dies käme denkmöglich in Betracht, weil die Krankenhausaufnahme Versicherter seit 1.1.1993 voraussetzt, dass die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist (vgl § 39 Abs 1 S 2 SGB V idF durch Art 1 Nr 23 Buchst a des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung - Gesundheitsstrukturgesetz <GSG> vom 21.12.1992, BGBl I 2266 mWv 1.1.1993). Der erkennende Senat lässt die Frage offen, ob und inwieweit in Verträgen nach §§ 115, 112 SGB V eine Pauschale für einen solchen Untersuchungsaufwand des Krankenhauses geregelt werden kann.
- 14 c) Entgegen der Auffassung des LSG war ein Anspruch auf Vergütung vorstationärer Behandlung abrechenbar, soweit seine übrigen Entstehungsvoraussetzungen erfüllt waren. Die Abrechenbarkeit ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass sich an die vorstationäre Behandlung eine

ambulante Operation nach Maßgabe des § 115b SGB V anschließt (*vgl bereits BSG SozR 4-2500 § 115a Nr 5, RdNr 8*). Eine vorstationäre Behandlung ist zwar im Falle einer stationären Behandlung neben der zu vergütenden Fallpauschale nicht gesondert berechenbar (§ 8 Abs 2 S 3 Nr 4 KHEntgG). Eine entsprechende gesetzliche Ausschlussregelung gibt es für den Vergütungsanspruch wegen vorstationärer Behandlung bei nachfolgender ambulanter Operation aber nicht. Auch andere hier in Betracht kommende (normen)vertragliche Regelungen, insbesondere die des § 4 AOP-Vertrag oder eines Vertrages nach § 115 Abs 1 iVm Abs 2 S 1 Nr 4 SGB V, verhalten sich nicht dazu. Dies läge nach dem Regelungssystem auch fern: Ergibt die vorstationäre Untersuchung des Krankenhauses, dass ambulante Behandlung ausreicht, fehlt ein den Fallpauschalen vergleichbarer Kompensationsmechanismus.

- 15 d) Die vorstationäre Behandlung des Versicherten genügte den speziellen Anforderungen des § 115a SGB V (*vgl dazu insgesamt BSG SozR 4-2500 § 115a Nr 5 RdNr 9 ff; BSGE 114, 199 = SozR 4-2500 § 115a Nr 4, RdNr 10 ff*). Danach kann das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (*dazu aa*) Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln (*dazu bb*), um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten - vorstationäre Behandlung - (§ 115a Abs 1 Nr 1 SGB V, *hier anzuwenden in der durch Art 1 Nr 71 GSG vom 21.12.1992, BGBl I 2266, eingefügten Fassung*). Die vorstationäre Behandlung ist grundsätzlich auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt (*vgl § 115a Abs 2 S 1 SGB V dazu cc*).
- 16 aa) Die Versicherte hatte eine erforderliche "Verordnung von Krankenhausbehandlung". Dies setzt eine begründete Verordnung eines Vertragsarztes oder eines sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden voraus. Die vertragsärztliche Versorgung umfasst ausdrücklich ua auch die Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 73 Abs 2 S 1 Nr 7 Fall 6 SGB V). Die Begrenzung auf im dargelegten Sinne vertragsärztliche Verordnungen von Krankenhausbehandlung sichert die vertragsärztliche Pflicht, Krankenhausbehandlung nur zu verordnen, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht (§ 73 Abs 4 S 1 SGB V). Im gleichen Sinne wirkt die damit ebenfalls abgesicherte vertragsärztliche Pflicht, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung bei der Verordnung zu begründen (§ 73 Abs 4 S 2 SGB V).
- 17 Die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch einen Vertragsarzt der Gemeinschaftspraxis K. vom 23.12.2005, die stationäre Krankenhausbehandlung wegen eines Kniebinnenschadens rechts vorsah, erfüllte nach dem Gesamtzusammenhang der nicht mit Verfahrensrügen angegriffenen und deshalb den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) diese Voraussetzungen. Ihnen ist zu entnehmen, dass der Vertragsarzt die Verordnung von Krankenhausbehandlung mit dem von der Gemeinschaftspraxis veranlassten aktuellen MRT-Befund vom 21.12.2005 (*insbesondere degenerative Chondropathie des medialen femoro-tibialen Gelenkkompartimentes - Grad 2 bis 3*) begründete.

- 18 bb) Wenn Krankenhausbehandlung der Versicherten erforderlich war, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären, war hierzu aus allein medizinischen Gründen Krankenhausbehandlung jedenfalls ohne Unterkunft und Verpflegung ausreichend. Es bedurfte hierzu nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen Feststellungen des LSG unstreitig keiner vollstationären Krankenhausbehandlung.
- 19 cc) Wenn Krankenhausbehandlung der Versicherten erforderlich war, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären, war hierzu aus allein medizinischen Gründen eine Untersuchung in dem gesetzlich vorgegebenen Zeitrahmen von längstens drei Behandlungstagen innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung (*vgl § 115a Abs 2 S 1 SGB V*) ausreichend. Dies entspricht dem Gesamtzusammenhang der Feststellungen des LSG. Hierüber besteht zwischen den Beteiligten auch kein Streit.
- 20 e) Es steht nicht fest, dass die vorstationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten geboten war, um - hier allein in Betracht kommend - die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung der Versicherten abzuklären. Eine vorstationäre Behandlung ist nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats (*vgl BSGE 114, 199 = SozR 4-2500 § 115a Nr 4, RdNr 25 und LS 2; BSG SozR 4-2500 § 115a Nr 5 RdNr 18*) nicht erforderlich, wenn sich aus der Verordnung von Krankenhausbehandlung und den beigefügten Unterlagen ohne Weiteres ergibt, dass die notwendige vertragsärztliche Diagnostik nicht ausgeschöpft ist und das Krankenhaus den Versicherten zumutbar und kunstgerecht hierauf verweisen kann. Denn eine vorstationäre Behandlung ist regelmäßig nicht erforderlich, wenn stattdessen vertragsärztliche Versorgung ausreichend ist. Krankenhausbehandlung, und sei sie auch vorstationär, darf nach den Vorgaben des Gesetzes nur dann vertragsärztlich verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht (*vgl § 73 Abs 4 S 1 SGB V*). Der im Regelungssystem angelegte Vorrang der vertragsärztlichen vor der stationären, auch nachstationären Versorgung wurzelt in den Kostenvorteilen der vertragsärztlichen Versorgung, im Kern also im Wirtschaftlichkeitsgebot.
- 21 Das Krankenhaus, dem eine Versicherte zur (vor)stationären Behandlung überwiesen wird, hat die objektive Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung nach allein medizinischen Erfordernissen zu prüfen. Das Gericht hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt objektiv verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen (*vgl BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 27 und LS 2*). Es prägt diesen Kenntnisstand, dass der Vertragsarzt der Verordnung von Krankenhausbehandlung die für die Indikation der stationären Behandlung des Patienten bedeutsamen Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beizufügen hat, soweit sie ihm vorliegen (*§ 6 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien, Zusammenarbeit von Vertragsarzt und Krankenhaus*). Ergibt sich daraus ohne Weiteres, dass der Vertragsarzt pflichtwidrig die notwendige vertragsärztliche Diagnostik nicht ausgeschöpft hat, sodass das Krankenhaus den Versicherten zumutbar und kunstgerecht hie-

rauf verweisen kann, hat das Krankenhaus hiernach zu verfahren und eine vorstationäre Abklärung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit abzulehnen (*BSGE 114, 199 = SozR 4-2500 § 115a Nr 4, RdNr 25; BSG SozR 4-2500 § 115a Nr 5 RdNr 18*). Hätte die Klägerin schon bei bloßer Durchsicht des MRT-Befundes, der Verordnung von Krankenhausbehandlung und einer orientierenden Befragung der Versicherten erkennen können, dass eine vorstationäre Krankenhausbehandlung (im Sinne einer Abklärungsuntersuchung) nicht geboten war, konnte sie keine vorstationäre Vergütung beanspruchen. Ließ der bei Aufnahme der Versicherten zur vorstationären Abklärung dem aufnehmenden Arzt verfügbare Wissens- und Kenntnisstand demgegenüber keine der Versicherten zumutbare Verweisung auf notwendige vertragsärztliche Diagnostik zu, sondern erforderte er den Eintritt in eine Untersuchung mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses, begründete dies zugleich den Anspruch auf Vergütung des Krankenhauses (*zur Möglichkeit der KK, gegenüber dem Vertragsarzt einen "sonstigen Schaden" geltend zu machen, vgl BSGE 114, 199 = SozR 4-2500 § 115a Nr 4, RdNr 26 mwN*).

- 22 Das LSG hat es ausdrücklich offengelassen, dass "die dem vorliegenden Behandlungsfall zugrunde liegende Krankenseinweisung eine vorstationäre Behandlungsbedürftigkeit zu rechtfertigen vermochte" und dass die vertragsärztliche Diagnose "für den Krankenhausarzt ohne Weiteres eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit erkennen ließ". Soweit das LSG an anderer Stelle ausgeführt hat, dass die vorstationäre Behandlung der Versicherten einen Anspruch nach § 115a SGB V ausgelöst habe, der aber daran scheitere, dass er durch die sich aus § 115b SGB V ergebenden Ansprüche verdrängt werde, hat es auch dort zur Erforderlichkeit vorstationärer Behandlung keine Feststellungen getroffen. Das LSG wird die gebotenen Feststellungen nunmehr nachzuholen haben: Es hat festzustellen, dass die Klägerin die Versicherte nicht zumutbar auf ergänzende vertragsärztliche Diagnostik verweisen konnte, zu der grundsätzlich auch die fachärztliche klinische Untersuchung und Anfertigung von Röntgenaufnahmen zählt, die hier die Klägerin durchführte.
- 23 4. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3, § 47 Abs 1 GKG.