



Siehe auch: Presse-Vorbericht Nr. 45/13 vom 10.9.2013, Presse-Mitteilung Nr. 45/13 vom 17.9.2013

BUNDESSOZIALGERICHT Urteil vom 17.9.2013, B 1 KR 51/12 R

Krankenversicherung - Krankenhaus - keine Erforderlichkeit einer nachstationären Behandlung bei ausreichender vertragsärztlicher Versorgung - Zulässigkeit einer erforderlichen nachstationären Behandlung ohne vertragsärztliche Verordnung im Anschluss an eine rechtmäßige Krankenhausbehandlung - Zusatzpauschalen nur bei Nichtabgeltung durch Fallpauschalen

Tenor

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Mecklenburg-Vorpommern vom 15. Februar 2012 und des Sozialgerichts Rostock vom 21. September 2009 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen.

Der Streitwert wird auf 5635,70 Euro festgesetzt.

Tatbestand

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Strahlentherapie als nachstationäre Behandlung.
- 2 Die Klägerin ist Trägerin eines zugelassenen Krankenhauses und auch zur ambulanten Strahlentherapie ermächtigt. Sie behandelte die Versicherte A der beklagten Krankenkasse (KK) vom 1. bis 11.7.2008 stationär aufgrund eines nicht operablen Bronchialkarzinoms (*ICD-10: C 34.1; CCL 2/0*) mit acht Einheiten Hochvoltstrahlentherapie (*OPS 8-522.d1; einmal OPS 8-527.8 und 8-528.9*) und einmal Chemotherapie (*OPS 8-543*) sowie nach ihrer Entlassung vom 14. bis 22.7.2008 mit sieben Einheiten Hochvoltstrahlentherapie (*OPS 8-522.d1; einmal OPS 8-528.6*) und einmal Chemotherapie (*OPS 8-542*). Sie führte - gestützt auf ihre Ermächtigung - bis 19.8.2008 die simultane Radiochemotherapie fort und rechnete diese ab 23.7.2008 mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ab. Die Klägerin forderte von der Beklagten für die Behandlung bis 22.7.2008 insgesamt 10 229,49 Euro für die Fallpauschale (Diagnosis Related Group) DRG E08B (*Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen; MDC 04; PCCL 0, keine CC; 1.8.2008*). Die Beklagte sah in der Behandlung ab 14.7.2008 keine nachstationäre Behandlung zur Festigung oder Sicherung des Behandlungserfolges, sondern eine "normale" Strahlentherapie der Ambulanz. Die Klägerin rechne solche Bestrahlungsfälle der Ambulanz routinemäßig unter Hinweis darauf als nachstationär ab, die KV wolle dies. Die Klägerin sei zur vertragsärztlichen Behandlung ermächtigt, dürfe diese aber nicht in die DRG Groupierung einbeziehen. Die Beklagte überwies der Klägerin lediglich 4593,79 Euro (*DRG E08C: Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen; 14.8.2008*).

- 3 Das SG hat die Beklagte antragsgemäß zur Zahlung von 5635,70 Euro nebst Zinsen hierauf in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit (12.11.2008) verurteilt (*Urteil vom 21.9.2009*). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen: Für den Anspruch auf Vergütung als nachstationäre Behandlung genüge, dass das Krankenhaus - wie hier - überhaupt eine medizinisch notwendige Leistung im Anschluss an vollstationäre Behandlung innerhalb der rechtlichen Zeitgrenzen des § 115a SGB V (grundsätzlich höchstens 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen) erbringe. Es sei unerheblich, dass die nachstationäre und anschließende vertragsärztliche Behandlung identisch gewesen seien. Der Grundsatz "ambulant" vor "stationär" gelte insoweit nicht (*Urteil vom 15.2.2012*).
- 4 Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung von § 12 Abs 1, § 70 Abs 1, § 112 Abs 1, § 112 Abs 2, § 115 Abs 2 S 1 Nr 4, § 115a Abs 1 und § 115a Abs 2 SGB V. Der Grundsatz "ambulant" vor "stationär" gelte nach Regelungssystem und Zweck auch für nachstationäre Behandlungen.
- 5 Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Mecklenburg-Vorpommern vom 15. Februar 2012 und des Sozialgerichts Rostock vom 21. September 2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.
- 6 Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 7 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Entscheidungsgründe

- 8 Die zulässige Revision der beklagten KK ist begründet. Die vorinstanzlichen Urteile sind aufzuheben, denn die klagende Krankenhausträgerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Vergütung der Behandlung der Versicherten vom 14. bis 22.7.2008. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (*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*), aber unbegründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung von weiteren 5635,70 Euro Vergütung. Die Voraussetzungen der DRG E08B sind nicht erfüllt (*dazu 1.*). Die Klägerin kann auch keine Zusatzvergütung für nachstationäre Behandlung zur DRG E08C beanspruchen. Denn es bedurfte keiner nachstationären, sondern lediglich vertragsärztlicher Leistungen, um die Versicherte nach ihrer Entlassung aus der stationären Behandlung mit simultaner Radiochemotherapie zu versorgen. Eine stationäre Behandlung der Versicherten war nicht mehr erforderlich. Die Klägerin konnte dementsprechend unter Beachtung der Abrechnungsvoraussetzungen die Radiochemotherapie ab 14.7.2008 lediglich im Rahmen ihrer Ermächtigung erbringen und abrechnen (*dazu 2.*). Die Klägerin kann sich auch nicht darauf berufen, die Beklagte habe unterlassen, rechtzeitig den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einzuschalten (*dazu 3.*).
- 9 1. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Vergütung der Fallpauschale E08B. Das Gericht ist bei der Auswahl des Grundes (also in der Prüfungsreihenfolge) - abgesehen von den hier nicht betroffenen Sachurteilsvoraussetzungen - frei: Ist eine Klage aus mehreren Gründen gerechtfertigt oder aus mehreren Gründen abzuweisen, so ist es Sache des Gerichts, auf welchen Grund es seine Entscheidung

stützt (vgl BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 30 mwN; BSGE 63, 37, 41 f = SozR 1300 § 45 Nr 34). Vorliegend scheidet der Zahlungsanspruch - ungeachtet der weiteren Anspruchsvoraussetzungen - jedenfalls daran, dass die Klägerin die erforderlichen mehr als neun vollstationären Bestrahlungen nicht erbrachte, sondern im Sinne der Pauschale lediglich acht zu berücksichtigende Bestrahlungen.

- 10 Die geltend gemachte Krankenhausvergütung bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich gesetzlich aus § 109 Abs 4 S 3 SGB V (idF durch Art 1 Nr 3 Fallpauschalengesetz <FPG> vom 23.4.2002, BGBl I 1412) iVm § 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) (idF durch Art 2 Nr 5 Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften <Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz - 2. FPÄndG> vom 15.12.2004, BGBl I 3429) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) (idF durch Art 56 Neunte Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 31.10.2006, BGBl I 2407; vgl entsprechend BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 15). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge) konkretisiert. Nach § 1 Abs 1 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 1 Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnoseorientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser <Fallpauschalenänderungsgesetz - FPÄndG> vom 17.7.2003, BGBl I 1461) werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser nach diesem Gesetz und dem KHG vergütet. § 7 S 1 Nr 1 KHEntgG bestimmt: "Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet: 1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9)," Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet (§ 7 Abs 1 S 2 KHEntgG). Die Spitzenverbände der KKn (ab 1.7.2008: Spitzenverband Bund der KKn) und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG (idF durch Art 5 FPG vom 23.4.2002, BGBl I 1412) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 8 2. FPÄndG vom 15.12.2004, BGBl I 3429) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 3 KHEntgG (idF durch Art 5 FPG vom 23.4.2002, BGBl I 1412). Daneben bestimmt § 17b Abs 1 S 1 Halbs 1 KHG, dass für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen ist. Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein (§ 17b Abs 1 S 2 KHG). Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet (§ 17b Abs 1 S 3 KHG).
- 11 Demgegenüber wird die vor- und nachstationäre Behandlung für alle Benutzer einheitlich nach § 115a SGB V vergütet (§ 1 Abs 3 S 1 KHEntgG). § 8 Abs 2 S 3 KHEntgG schränkt allerdings die Möglichkeit ein, neben Fallpauschalen zusätzlich eine Vergütung einer nachstationären Behandlung zu berechnen: Zusätzlich zu einer Fallpauschale darf danach ua eine nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V nur berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und

den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt (vgl § 8 Abs 2 S 3 Nr 4 KHEntgG, seit 25.3.2009 § 8 Abs 2 S 3 Nr 3 KHEntgG, frühere Nr 3 aufgeh, frühere Nr 4 jetzt Nr 3 gemäß Art 2 Nr 8 Buchst a DBuchst cc und dd Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 <Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG> vom 17.3.2009, BGBl I 534).

- 12 Nach Wortlaut, System und Zweck dieser gesetzlichen Regelung begründet nicht etwa, wie die Klägerin meint, eine nachstationäre Behandlung die Möglichkeit, eine abweichende Fallpauschale zu berechnen. Die Fallpauschalen vergüten vielmehr - wie dargelegt - grundsätzlich die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall. Sie wirken sich nur dadurch auf das Recht der Abrechnung nachstationärer Behandlungen aus, dass sie deren zusätzliche Vergütung lediglich insoweit zulassen, als die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt. Soweit dies nicht der Fall ist, deckt die Fallpauschale für die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen auch die einzubeziehenden vor- und nachstationären Behandlungen mit ab. Im Übrigen verbleibt es bei den Abrechnungsgrundsätzen nach § 115a Abs 3 SGB V.
- 13 Ausgehend von diesen Grundsätzen könnte die Klägerin nur dann Vergütung für die Fallpauschale DRG E08B beanspruchen, wenn sie deren Voraussetzungen bereits mit vollstationären und/oder teilstationären Krankenhausleistungen erfüllt hätte. Daran fehlt es indes. Denn die Klägerin erbrachte während der vollstationären Behandlung der Versicherten lediglich acht zu berücksichtigende Bestrahlungen.
- 14 2. Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Vergütung nachstationärer Behandlungen zusätzlich zur Vergütung der Fallpauschale E08C nach Maßgabe von § 115a Abs 3 SGB V (vgl zu den Einzelheiten der Vergütungsregelung näher zB BSG SozR 4-2500 § 115a Nr 1 RdNr 9 ff). Die Zahlungsverpflichtung einer KK für vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt, wenn sie zudem auch den Anforderungen des § 115a SGB V genügt (dazu a), erforderlich (dazu b) und abrechenbar (vgl oben, II 1.) ist (stRspr zur vollstationären Krankenhausbehandlung mit Blick auf § 39 Abs 1 S 2 SGB V, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 11; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 11; BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 11; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13). 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. Nachstationäre Behandlung ist regelmäßig nicht erforderlich, wenn stattdessen vertragsärztliche Versorgung ausreicht (dazu b). Die von der Klägerin in Rechnung gestellte nachstationäre Behandlung war in diesem Sinne nicht erforderlich (dazu c).
- 15 a) Die speziell in § 115a Abs 1 SGB V normierten Voraussetzungen für die Vergütung einer nachstationären Behandlung waren allerdings erfüllt. Nur scheinbar fordert § 115a Abs 1 SGB V auch für nachstationäre Behandlung eine "Verordnung von Krankenhausbehandlung", die nach Regelungszweck und -zusammenhang eine begründete Verordnung eines Vertragsarztes oder eines sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden voraussetzt (vgl näher BSG Urteile

vom selben Tage - B 1 KR 21/12 R - und - B 1 KR 67/12 R -). Die Notwendigkeit einer solchen Verordnung ist nach ihrem Sinn und Zweck auf den hier nicht betroffenen Anwendungsbereich vorstationärer Behandlung zu beschränken (vgl. *Steege in Hauck/Noftz, SGB V, Stand August 2013, K § 115a RdNr 6*). Ist dagegen - wie hier nach den unangegriffenen, den erkennenden Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) - zulässige vollstationäre Krankenhausbehandlung erfolgt, hindert dies eine gebotene, vollstationäre Krankenhausbehandlung ersetzende nachstationäre Krankenhausbehandlung auch dann nicht, wenn ihr keine vertragsärztliche Verordnung vorausging.

- 16 Die nachstationäre Behandlung der Versicherten war auch in dem Sinne ein "medizinisch geeigneter Fall" im Sinne von § 115a Abs 1 SGB V, dass sie den allgemein anerkannten Regeln der medizinischen Erkenntnisse entsprach und ausreichend war, um im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, also nicht vollstationäre Behandlung erforderte (vgl. näher *BSG Urteile vom selben Tage - B 1 KR 21/12 R - und - B 1 KR 67/12 R -*).
- 17 b) Die nachstationäre Behandlung der Versicherten muss zudem erforderlich sein. Das SGB V regelt zwar nicht ausdrücklich entsprechend § 39 Abs 1 S 2 SGB V für vor- und nachstationäre Leistungen, dass sie "erforderlich" sein müssen. Dies folgt aber aus den allgemeinen Vorgaben für das Leistungsrecht im Zusammenspiel mit § 115a SGB V. Nach § 115a Abs 1 S 1 SGB V kann das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in "medizinisch geeigneten Fällen" ohne Unterkunft und Verpflegung vor- und nachstationär behandeln. Medizinisch geeignete Fälle sind nicht allein solche, die die weiteren, in § 115a SGB V genannten Anforderungen erfüllen. Sie müssen zusätzlich vor- und/oder nachstationäre Leistungen erfordern. Nach den allgemeinen Anforderungen stellen nämlich die KKn den Versicherten die im Dritten Kapitel des SGB V genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden (vgl. § 2 Abs 1 S 1 SGB V). Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die KKn nicht bewilligen (vgl. § 12 Abs 1 SGB V). Die KKn und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (vgl. § 70 Abs 1 SGB V).
- 18 Die spätere Einführung der Regelungen der Krankenhausvergütung durch Fallpauschalen - nach Einfügung des § 115a SGB V - lässt die Geltung des Wirtschaftlichkeitsgebots unberührt. Sie schließt es schon für auf Fallpauschalen gestützte Vergütungsansprüche nicht aus, dass die "Erforderlichkeit" der stationären Krankenhausbehandlung des Versicherten als Vergütungsvoraussetzung vorliegen muss (vgl. *BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, LS 1 und RdNr 19*). Erst recht gilt dies für die hier betroffenen Ansprüche auf zusätzliche Vergütung nachstationärer Behandlung neben einer Fallpauschale.
- 19 c) Die nachstationäre Behandlung der Versicherten war indes nicht erforderlich. Eine nachstationäre Behandlung ist entgegen der Auffassung des LSG regelmäßig nicht

erforderlich, wenn stattdessen vertragsärztliche Versorgung ausreichend ist. Das folgt aus dem in den Gesetzesmaterialien deutlich werdenden Regelungszweck (*dazu aa*), dem Regelungssystem der vor- und nachstationären Behandlung und dem Wirtschaftlichkeitsgebot (*dazu bb*). Die bisherige Rechtsprechung des BSG steht dieser Auslegung nicht entgegen, sondern harmoniert mit ihr (*dazu cc*). Die Klägerin konnte die Versicherte vertragsärztlich im Rahmen der Ermächtigung behandeln (*dazu dd*).

- 20 aa) Der Gesetzgeber legte durch Einführung des § 115a SGB V einen verbindlichen Rahmen dafür fest, vor- und nachstationär zu behandeln, um vollstationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Die Verlagerung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in die vor- und nachstationäre Phase sollte die Bettennutzung reduzieren und damit den Bettenbedarf vermindern (*vgl Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung <Gesundheits-Strukturgesetz> der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und F. D. P., BT-Drucks 12/3608, S 71 und S 102, zu Art 1 Nr 63 <§ 115a>*). Damit sollten Einsparungen erzielt, dagegen nicht etwa neue Kosten verursacht werden, indem das Tätigkeitsfeld der Krankenhäuser auf Gebiete der vertragsärztlichen Versorgung ausgedehnt werden sollte. Dort, wo der Gesetzgeber solche Ausweitungen der Behandlungen durch Krankenhäuser zuließ, wie es in dem ganz anderen Gebiet ambulanten Operierens im Krankenhaus erfolgte, traf er zugleich Regelungen, die eine Doppelvergütung und einen Kostenschub verhinderten (*vgl zB § 115b Abs 4 und 5 SGB V*).
- 21 bb) Nach dem Regelungssystem ist die vor- und nachstationäre Behandlung eines Versicherten (§ 115a SGB V) nicht nur in einem weiteren Sinne Teil der Krankenhausbehandlung, weil das Krankenhaus als Institution leistet (*so § 39 Abs 1 S 1 SGB V, der auch ambulante Operationen nach § 115b SGB V einbezieht*). Vor- und nachstationäre Behandlung ist Krankenhausbehandlung vielmehr auch in einem engeren Sinne, der den Vorrang vertragsärztlicher Versorgung begründet. Vor- und nachstationäre Behandlung ist nämlich bloß in engem Zusammenhang mit vollstationärer Behandlung zulässig (§ 115a Abs 1 und 2 SGB V), die gegenüber ambulanter Behandlung nachrangig ist (*vgl § 39 Abs 1 S 2 SGB V*). Als Annex voll- oder teilstationärer Krankenhausleistungen unterfällt sie dem Rechtsregime des Qualitätsgebots für Krankenhausleistungen (*insbesondere § 2 Abs 1 S 3, § 12 Abs 1, § 70 Abs 1, § 137c SGB V*), nicht jenem der vertragsärztlichen Versorgung (*insbesondere § 2 Abs 1 S 3, § 12 Abs 1, § 70 Abs 1, § 135 SGB V*). Vor- und nachstationäre Behandlung ist nicht kostengünstig vertragsärztlich sicherzustellen (§ 72, § 72a, § 75 SGB V), sondern aufwändiger durch zugelassene Krankenhäuser (§ 107 bis § 109 SGB V) und zweiseitige (§ 112 SGB V) sowie dreiseitige Verträge (§ 113 SGB V). Dementsprechend ist vor- und nachstationäre Behandlung nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung zu bezahlen (*vgl insbesondere § 72 Abs 2, § 75 Abs 7 und Abs 7a, § 82 Abs 2, § 85, § 87 bis § 87e SGB V*), sondern nach eigenständigen, mit den Regeln der Krankenhausvergütung verknüpften Bestimmungen (*vgl oben, II 1. aE, zu § 8 Abs 2 S 3 KHEntgG*). 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 (*vgl entsprechend zu § 39 SGB V: Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesundheits-Reformgesetzes, BT-Drucks 11/2237 S 177 zu § 38 Abs 1 des Entwurfs: "Vorrang der preisgünstigen ambulanten Behandlung"*).

Auch die spätere Einfügung von § 115a Abs 1 S 2 und S 3 SGB V (*durch Art 1 Nr 41a Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG> vom 22.12.2011, BGBl I 2983*) ändert die hier zugrunde gelegte gesetzliche Gesamtkonzeption nicht, sondern führt sie fort. Danach kann das Krankenhaus die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung. Nach dieser Regelung wird eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Auch bei dieser Regelung erbringt der niedergelassene Vertragsarzt mit der Beauftragung durch das Krankenhaus im Rahmen der vor- und nachstationären Behandlung Leistungen des Krankenhauses nach § 115a SGB V, die vom Krankenhaus zu vergüten sind (*vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit <14. Ausschuss> zum Entwurf eines GKV-VStG, BT-Drucks 17/8005 S 114 zu Nr 41a - neu - <§ 115a>*).

- 23 cc) Die bisherige Rechtsprechung des BSG steht mit der aufgezeigten Regelungskonzeption in Einklang. Danach schließt die Möglichkeit, vor- und nachstationäre Leistungen auch ambulant zu erbringen, ihre Zuordnung zur stationären Versorgung nicht aus, sofern sie nach Art und Schwere der Erkrankung für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus erforderlich sind, im Hinblick auf eine notwendige stationäre Behandlung und unter Verantwortung eines im Krankenhaus tätigen Arztes erbracht werden sowie eine ansonsten notwendige stationäre Leistung ersetzen oder sie überflüssig machen (*vgl. BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 13 S 69; BSGE 74, 263, 265 f = SozR 3-2500 § 116 Nr 9 S 51 ff*). In der Sache scheint auch das - im Zeitpunkt der Entscheidung - lediglich als Pressebericht vorliegende Urteil des 6. Senats des BSG vom 17.7.2013 - B 6 KA 14/12 R - hieran anzuknüpfen. Es wendet sich für eine Sonderkonstellation - Abdeckung der nachstationären Behandlung durch eine nicht ausgeschöpfte Fallpauschale - gegen ein Normverständnis, das zu vom Gesetzgeber nicht gewollten Doppelzahlungen führt. Wie oben dargelegt geht auch der erkennende 1. BSG-Senat davon aus, dass der Gesetzgeber Doppelzahlungen vermeiden wollte.
- 24 Nur ergänzend weist der erkennende 1. Senat darauf hin, dass das nicht vollständig vom LSG verwertete Vertragsrecht auf Landesebene die dargelegte Rechtskonzeption teilt, ohne dass dem Landesrecht allerdings insoweit eine Regelungskompetenz zukommt. Nach § 2 Abs 2 S 1 des Vertrags nach § 115 Abs 2 Nr 4 SGB V vom 28.10.1997 (*Vertrag vom 28.10.1997*) ist Krankenhausbehandlung nur verordnungsfähig, wenn das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Nach § 2 Abs 1 S 1 Vertrag vom 28.10.1997 handelt es sich bei der Erbringung der vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V um Krankenhausbehandlung.
- 25 dd) An der gesetzlich geforderten Erforderlichkeit der nachstationären Behandlung der Versicherten fehlt es nach den unangegriffenen, den erkennenden Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG). Das LSG ist davon ausgegangen, dass die Klägerin die identische Behandlungsleistung auch im Rahmen ambulanter Ermächtigung anbietet und demgemäß hätte erbringen können. Es hat dies allerdings - von seinem Standpunkt aus folgerichtig - als unerheblich angesehen, weil es rechtlich nicht den Vorrang ambulanter Leistungserbringung zugrunde gelegt hat.

- 26 3. Die Klägerin kann sich schließlich nicht mit Erfolg darauf berufen, die Beklagte sei mit dem Einwand der fehlenden Erforderlichkeit der nachstationären Behandlung ausgeschlossen, weil sie es entgegen § 275 Abs 1c S 2 SGB V unterlassen habe, den MDK einzuschalten. Der 1. Senat des BSG sieht wie der 3. Senat des BSG die ordnungsgemäße Information der KK über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Mitwirkungsobliegenheiten insbesondere aus § 301 SGB V sowie ggf ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen als verfahrensrechtliches Gegenstück an zur Verantwortung der KK für die beschleunigte Prüfung und Bezahlung der Krankenhausrechnungen. Eine ordnungsgemäße Information der KK ist unverzichtbare Grundlage und Bestandteil einer ordnungsgemäßen Abrechnung. Fehlt es an einer dieser Angaben, so tritt mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein. Die Frist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V beginnt nicht zu laufen (*vgl BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 31; BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 32 f*). In Fällen, in denen die vom Krankenhaus vorgenommene Auslegung und Anwendung von Abrechnungsvorschriften - wie hier - offenkundig zweifelhaft (oder gar offen umstritten) ist, gebietet § 301 Abs 1 SGB V dem Krankenhaus, der KK die entsprechenden Sachverhalte nachvollziehbar mitzuteilen, die es zu seiner Auslegung der Abrechnungsvorschriften veranlasst haben. Nur so wird das Krankenhaus seinen Informationspflichten gerecht und schafft damit die unerlässliche Basis dafür, dass die KK der Abrechnung vertrauen kann (*vgl BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 31*). Die Klägerin legte gegenüber der Beklagten schon nicht dar, dass aus medizinischen Gründen eine nachstationäre Bestrahlung der Versicherten an Stelle identischer vertragsärztlicher Behandlung vermeintlich geboten war. Sie sah sich hierzu vielmehr - wie dargelegt unzutreffend - lediglich abrechnungstechnisch als berechtigt an.
- 27 4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.