

L 5 KR 699/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KR 7524/10
Datum
20.12.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 699/12
Datum
21.01.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Behandlungen im Krankenhaus, die nach Abschluss der eigentlichen stationären Behandlung innerhalb der zeitlichen Grenzen der Grenzverweildauer durchgeführt werden, sind durch die Fallpauschale abgegolten (Anschluss an BSG Urf. v. 17.07.2013 - [B 6 KA 14/12 R](#)).

Nachstationäre Behandlung liegt vor, wenn der Behandlungserfolg der vorangegangenen stationären Behandlung gesichert werden soll.

Die 12 Tage nach Entlassung aus dem Krankenhaus ambulant erfolgte Implantation eines Ports für die anschließende adjuvante Chemotherapie sichert nicht den Behandlungserfolg der vorhergehenden operativen Tumor-Entfernung, sondern dient dem eigenständigen Behandlungsziel der Verhinderung von bösartigen Neubildungen. Die Implantation ist deshalb nicht von der Fallpauschale erfasst, sondern kann als ambulante Operation separat abgerechnet werden.

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20.12.2011 aufgehoben. Die Beklagte wird verpflichtet, an die Klägerin 556,37 EUR nebst Zinsen hieraus seit dem 10.11.2010 in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.

Der Streitwert wird endgültig auf 556,37 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung für eine nach vorangegangenem stationären Krankenhausaufenthalt ambulant durchgeführte Portimplantation.

Die Klägerin ist Trägerin eines zur Versorgung gesetzlich Krankensversicherter zugelassenen Krankenhauses. Das Krankenhaus ist zur Erbringung ambulanter Operationen zugelassen.

Die 1943 geborene R. W. (im Folgenden: die Versicherte) ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. In der Zeit vom 08.03.2010 bis 19.03.2010 wurde die Versicherte im Krankenhaus der Klägerin wegen eines Zökumkarzinoms stationär behandelt. Ihr wurde ein Darmkrebstumor operativ entfernt. Nachfolgend wurde der Versicherten am 01.04.2010 in einer ambulanten Operation ein Port für die Applikation von Zytostatika implantiert.

Für die stationäre Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten unter Ansatz der DRG G18B einen Betrag in Höhe von 7.472,39 EUR in Rechnung. Dieser Betrag wurde von der Beklagten beglichen.

Mit Rechnung vom 30.06.2010 forderte die Klägerin für die ambulante Operation einen Betrag in Höhe von 556,37 EUR. Auch diesen Betrag zahlte die Beklagte zunächst.

Die Beklagte befragte den MDK, ob die ambulante Operation im Zusammenhang mit der stationären Behandlung hätte erbracht werden können und daher über die dafür abgerechnete DRG bereits abgegolten sei. Dr. M. führte hierzu in einem sozialmedizinischen Gutachten vom 30.07.2010 aus, die Portimplantation habe in unmittelbarem Zusammenhang mit der wegen des Zökumkarzinoms durchgeführten Hemikolektomie gestanden, um die geplante Chemotherapie durchführen zu können. Der Eingriff sei innerhalb der Grenzverweildauer erfolgt. Die Implantation des Portsystems sei daher im Rahmen der DRG G18B abzurechnen und damit bereits abgegolten.

Daraufhin forderte die Beklagte die Vergütung für die ambulante Operation von der Klägerin zurück und verrechnete am 09.11.2010 einen Betrag in Höhe von 556,37 EUR mit anderen unstrittigen Forderungen der Klägerin.

Am 02.12.2010 erhob die Klägerin zum Sozialgericht Stuttgart Klage. Zur Begründung ließ sie im Wesentlichen ausführen, sie habe Anspruch auf die geltend gemachte Vergütung für die ambulante Operation. Bei der Operation handele es sich um eine im Vertrag über das ambulante Operieren (AOP-Vertrag) genannte ambulante Katalogleistung. Es habe sich dabei nicht um eine nachstationäre Behandlung gehandelt, da die Operation nicht - wie in [§ 115a Abs. 1 Nr. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch verlangt - zur Sicherung oder Festigung eines Behandlungserfolgs durchgeführt worden sei. Die Portimplantation sei vielmehr Voraussetzung für die im Anschluss erfolgte ambulante Chemotherapie. Sie sei kein Annex zur stationären Krankenhausbehandlung. Nach Abschluss der operativen Behandlung des Darmkrebses sei die Versicherte entlassen worden. Die Versicherte habe sich eine Bedenkzeit für die Entscheidung, ob eine Chemotherapie durchgeführt werden solle, erbeten. Außerdem habe der endgültige pathologische Befund zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht vorgelegen. Nachdem sich die Versicherte für die Chemotherapie entschieden habe, sei ihr ambulant der Port implantiert worden. Die Portimplantation habe die ambulante Chemotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung vorbereitet. Die Klägerin habe keine Erlaubnis zur Durchführung von Chemotherapien. Gegen eine nachstationäre Behandlung spreche auch, dass bei einer von einem Vertragsarzt vorgenommenen Portimplantation unstrittig von einer ambulanten Leistung auszugehen sei. Wäre es eine nachstationäre Leistung, dürfte sie von einem Vertragsarzt nicht erbracht werden. Weder aus der Abrechnungssystematik noch aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot lasse sich ein Ausschluss der Vergütung der ambulanten Operation ableiten. Ein Vorrang der nachstationären Behandlung gegenüber der ambulanten Behandlung ergebe sich aus den gesetzlichen Vorschriften nicht.

Die Beklagte ist der Klage entgegen getreten. Es habe sich nicht um eine ambulante, sondern um eine nachstationäre Behandlung gehandelt. Für die Einordnung einer Leistung als nachstationäre Behandlung komme es allein auf das Vorliegen der Tatbestandsvoraussetzungen der gesetzlichen Regelung an. Unerheblich sei, ob der Eingriff im Katalog ambulant durchführbarer Operationen enthalten sei. Der MDK habe in seinem Gutachten zutreffend ausgeführt, dass die Portimplantation als nachstationäre Behandlung zu werten sei. Bereits während des stationären Aufenthalts sei der Versicherten die Durchführung einer Chemotherapie empfohlen worden. Die Behandlung habe sich daher nicht nur auf die Tumoroperation, sondern auch auf die Chemotherapie erstreckt. Üblicherweise werde die Portimplantation noch während des stationären Aufenthalts durchgeführt. Die Portimplantation stelle eine typische poststationäre Krankenhausleistung im Sinne eines Annex zur vollstationären Versorgung dar. Eine künstliche Aufspaltung des Begriffs "Behandlungserfolg" und die Reduktion auf die Sicherung des operativen Behandlungserfolgs sei nicht zutreffend. Der operative Eingriff erfolge ebenso wie die Chemotherapie in Zielrichtung der Behandlung des bösartigen Tumors. Die gesonderte Vergütung der zutreffend als nachstationär zu qualifizierenden Operation sei vorliegend nicht möglich. Die Vergütungsbestimmungen ließen eine Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlungen nicht zu, wenn die durchgeführten Leistungen über die Vergütung anderer Behandlungsformen abgegolten würden. Da die Behandlung noch im Rahmen der oberen Grenzverweildauer des vorangegangenen stationären Aufenthalts stattgefunden habe, werde diese mit der Fallpauschale abgegolten. Es bestünde der Vorrang der Vergütung der Leistungserbringung über DRG, wenn die Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer erbracht werde. Dies ergebe sich aus der Abrechnungssystematik und dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Das Sozialgericht wies die Klage mit Urteil vom 20.12.2011 ab. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Zahlung des geltend gemachten Betrages nebst Zinsen. Der Zahlungsanspruch der Klägerin sei durch Aufrechnung mit dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Beklagten erloschen. Die Leistung der Beklagten für die Portimplantation sei ohne Rechtsgrund erfolgt. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Vergütung der Portimplantation als ambulante Operation nach [§ 115b Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit dem AOP-Vertrag (Vertrag über das ambulante Operieren und stationärer ersetzende Eingriffe im Krankenhaus, hier in der Fassung vom 04.12.2009, gültig ab 01.01.2010). Denn die Portimplantation sei als nachstationäre Leistung innerhalb der Grenzverweildauer der vorausgegangenen stationären Behandlung mit der Fallpauschale für den stationären Aufenthalt (hier: DRG G18B) abgegolten. Dies folge aus [§ 8 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3](#) Krankenhausentgeltgesetz ((KHEntG), in der Fassung vom 17.03.2009) in Verbindung mit Anlage 1 Teil a) Fallpauschalenverordnung (KFPV) 2010 und [§ 115a Abs. 1](#) SGB V. Anspruchsgrundlage des Vergütungsanspruchs für eine stationäre Behandlung sei [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 7 Satz 1 Nr. 1](#) KHEntG und Anlage 1 Teil a) KFPV 2010 in Verbindung mit [§ 17b Abs. 1 Satz 1](#) Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie dem Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) zu den allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlungen (KHBV) zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen in der Fassung des Schiedsspruchs vom 21.09.2005 (gültig ab 01.01.2006). Unter Anwendung dieser Bestimmungen ergebe sich für den stationären Aufenthalt unstrittig die Fallpauschale DRG G18B (Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter) 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff). Nach [§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3](#) KHEntG dürfe zusätzlich zu einer Fallpauschale eine nachstationäre Behandlung nach [§ 115a SGB V](#) berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteige. Liege die nachstationäre Behandlung innerhalb der oberen Grenzverweildauer, könne sie mithin nicht gesondert abgerechnet werden. Die Regelung des [§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3](#) KHEntG finde auch Anwendung, wenn die nachstationäre Behandlung in Form einer ambulanten Operation im Sinne des [§ 115b SGB V](#) durchgeführt werde. Die gesetzliche Regelung enthalte insoweit keine Beschränkung auf nichtoperative Maßnahmen. Im Fall des [§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3](#) KHEntG könnten ambulante Operationen nicht über [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) in Verbindung mit dem AOP-Vertrag abgerechnet werden. Werde eine ambulante Operation als nachstationäre Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer erbracht, könne keine Vergütung nach den Bestimmungen des AOP-Vertrages erfolgen. Denn das Konkurrenzverhältnis zwischen den Vergütungsregimen sei zugunsten des stationären Geltungsbereichs zu lösen. In [§ 4](#) der zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen vereinbarten "Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach [§ 115a Abs. 3 SGB V](#)" (gültig seit dem 01.01.1997), die mangels landesvertraglicher Vereinbarung in Baden-Württemberg Anwendung finde ([§ 115a Abs. 3 Satz 4 SGB V](#)), sei geregelt, dass die Vergütungen für vor- und nachstationäre Behandlungen nur abrechenbar seien, wenn die durchgeführten Leistungen nicht über die Vergütung anderer Behandlungsformen abgegolten werden könne. Die Vergütung für vor- und nachstationäre Leistungen sei danach gegenüber der Vergütung ambulanter Leistungen nach dem AOP-Vertrag nachrangig. Dies betreffe jedoch nur die Vergütung außerhalb von Fallpauschalen. Erfolge eine Vergütung nach Fallpauschalen, gingen die Regelungen des Krankenhausentgeltgesetzes als Bundesgesetz den vertraglichen Regelungen vor. Dies entspreche auch dem Gesetzeszweck des [§ 115b SGB V](#), mit dem eine Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Operationen, die zuvor den Vertragsärzten vorbehalten gewesen seien, erfolgen solle, um Anreize für medizinisch nicht erforderliche und teure vollstationäre Maßnahmen abzubauen und damit zur Kostensenkung beizutragen ([BT-Drucks. 12/3608, S. 103](#)). Eine zusätzliche Vergütung nach dem AOP-Vertrag neben der Fallpauschale entspreche nicht dem gesetzgeberischen

Willen, die Kosten einzudämmen. Schließlich spreche das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 2 Abs. 1, § 12, § 70 Abs. 1 SGB V) für einen Vorrang der Vergütung nach Fallpauschalen.

Bei der Portimplantation handle es sich auch um eine nachstationäre Behandlung im Sinne des § 115a Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Nach § 115a Abs. 1 SGB V könne das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um (1.) die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder (2.) im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung). Die im Gesetz genannten Gründe für eine vor- bzw. nachstationäre Behandlung seien in Ermangelung des Begriffs "insbesondere" abschließend. Die nachstationäre Behandlung dürfe sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nicht überschreiten (§ 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V). Die vor- und nachstationäre Behandlung sei gemäß § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V Teil der Krankenhausbehandlung. Da bei der vor- und nachstationären Behandlung nur medizinische Leistungen des Krankenhauses erbracht würden, nicht aber Unterkunft und Verpflegung, handle es sich der Sache nach zwar um eine Sonderform der ambulanten Versorgung der Versicherten, die aber nur bei vertragsärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung erbracht werden dürfe und im Vorfeld bzw. im Nachgang zu einer vollstationären Krankenhausbehandlung stattfinden müsse (§ 115a Abs. 1 SGB V). Insoweit gehe es bei der vor- und nachstationären Behandlung um eine "Leistungserbringung eigener Art" als "Annex" zur vollstationären Versorgung im Krankenhaus und somit um "stationäre" Behandlung im weiteren Sinne (BSG Ur. v. 19.6.1996, 6 RKA 15/95, SozR 3-2500 § 116 Nr. 13; Ur. v. 10.03.2010, B 3 KR 15/08 R, SozR 4-2500 § 115a Nr. 1). Die Portimplantation bei der Versicherten habe "im Anschluss" an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung stattgefunden. Ein nahtloses zeitliches Angrenzen an den vorausgegangenen stationären Aufenthalt setze das Gesetz nicht voraus. Nach § 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V genüge es, wenn die Behandlung - wie hier - innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung stattfinde. Die Portimplantation sei auch ausgeführt worden, "um den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen". Der Gesetzgeber lasse es genügen, dass die Behandlung einem bestimmten Zweck diene. Unerheblich sei, ob eine Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolgs tatsächlich erreicht worden sei. Der Begriff des Behandlungserfolgs knüpfe dabei an das Ergebnis des vollstationären Krankenhausaufenthalts an. Bei Entlassung des Patienten müsse dem Wortlaut nach ("Behandlungserfolg") ein zumindest teilweises Erreichen der zuvor gesetzten Behandlungsziele zu verzeichnen sein. Von einer Sicherung oder Festigung sei auszugehen, wenn die medizinischen Maßnahmen das während des stationären Aufenthalts erreichte Behandlungsziel bewahren sollen. Unter Anlegung dieser Maßstäbe erfüllt die Portimplantation die Kriterien einer nachstationären Behandlung. Das erreichte Behandlungsziel des stationären Aufenthalts sei der Zustand der Versicherten ohne Krebstumor, nachdem dieser operativ entfernt worden sei. Der Erhaltung dieses Zustandes diene die Chemotherapie und damit auch die hierfür erforderliche Portimplantation. Dass die Chemotherapie mangels Versorgungsauftrags nicht selbst von der Klägerin durchgeführt worden sei, sei in diesem Zusammenhang irrelevant. Habe ein Krankenhaus keine Zulassung zur Erbringung der erforderlichen nachstationären Behandlung, verbleibe es - wie auch bei festigenden und sichernden Maßnahmen außerhalb des zeitlichen Rahmens des § 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V - beim Vorrang der ambulanten Versorgung durch Vertragsärzte. Die Portimplantation stelle somit eine nachstationäre Behandlung im Sinne des Gesetzes dar. Die Vergütung dieser nachstationären Behandlung sei mit der Pauschale DRG G18B abgegolten (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG), denn die Summe der stationären Belegungstage (11) und des nachstationären Behandlungstags (1) übersteige nicht die obere Grenzverweildauer der DRG G18B. Im Fallpauschalen-Katalog (Version 2010) sei zur DRG G18B als obere Grenzverweildauer der 27. Tag als erster zusätzlich vergüteter Tag ausgewiesen.

Das Sozialgericht ließ die Berufung wegen grundsätzlicher Bedeutung zu.

Gegen das ihren Bevollmächtigten am 19.01.2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 17.02.2012 Berufung eingelegt. Sie macht weiterhin geltend, dass ihr ein Vergütungsanspruch nach § 115b Abs. 2 Satz 4 SGB V in Verbindung mit dem AOP-Vertrag zustehe, da es sich bei der Portimplantation nicht um eine nachstationäre Behandlung im Sinne des § 115a Abs. 1 Nr. 2 SGB V handle. Das Sozialgericht habe die Portimplantation zu Unrecht als nachstationäre Behandlung qualifiziert. Eine ambulante Behandlung liege vor, wenn der Patient nicht in das Versorgungssystem des Krankenhauses eingegliedert sei. § 115b SGB V eröffne den Krankenhäusern die Möglichkeit ambulanten Operierens, wobei die Rahmenbedingungen und der Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationärsersetzender Eingriffe in dem zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband nach § 115 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V geschlossenen AOP-Vertrag geregelt seien. Die im AOP-Vertrag gelisteten Leistungen des Krankenhauses würden nach § 7 des AOP-Vertrages nach dem für vertragsärztliche Leistungen vorgesehenen Vergütungsregime des EBM vergütet. Ambulante Operationen zählten daher nicht zum Regelungsinhalt des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Das Vergütungsregime für ambulante Operationen und das für voll- und teilstationäre Leistungen stünden nebeneinander. Während eines stationären Krankenhausaufenthaltes könne es keine ambulanten Operationen geben. Die nachstationäre Behandlung i.S.v. § 115a Abs. 1 Nr. 2 SGB V diene der Verkürzung vollstationärer Krankenhausbehandlungen und damit zur Reduzierung der Gesamtbehandlungskosten. Sie erfolge zur Sicherung oder Festigung des mit der stationären Behandlung erreichten Behandlungserfolges im Sinne eines "Zu Ende-Behandeln" der begonnenen stationären Behandlung, die aber nicht unter stationären Bedingungen erfolge, weil dies der Patientenzustand nicht erfordere. Da die nachstationäre Leistung an die stationär erbrachte Leistung anknüpfe, müsse sie sich zwangsläufig im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses nach § 109 SGB V bewegen. Den ambulanten und den nachstationären Behandlungen sei gemeinsam, dass sie ohne Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses erbracht würden. Sie unterschieden sich jedoch mit Blick auf den Versorgungsauftrag des Krankenhauses, hinsichtlich ihrer Zielsetzung und ihrer Natur. Der Inhalt des Versorgungsauftrages bestimme, welche ambulanten Leistungen erbracht werden dürften. Abrechenbar seien aber nur die im AOP-Vertrag gelisteten Leistungen. Nachstationäre Behandlungen müssten sich im Rahmen des Versorgungsauftrages bewegen, seien aber nicht auf einen abschließenden Katalog beschränkt. Ziel einer ambulanten Operation sei es eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Eine nachstationäre Behandlung ziele hingegen darauf ab, den stationär erreichten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (§ 115a Abs. 1 Satz 2 SGB V). Die ambulante Operation sei nicht darauf ausgerichtet, eine unter stationären Bedingungen erfolgte Behandlung unter ambulanten Bedingungen zu Ende zu führen, um einen stationär erreichten Behandlungserfolg zu sichern. Außerhalb des Versorgungsauftrags liegende Behandlungsziele könnten keine legitim erreichten Behandlungserfolge sein. Mit der Entlassung erfolge eine Zäsur in der Behandlung. Behandlungserfolge, die erst nach der Entlassung aus der stationären Behandlung erreicht würden, seien keine zu sichernden Behandlungserfolge i.S.v. § 115a Abs. 1 Nr. 2 SGB V. Es komme deshalb darauf an, ob die nach Entlassung erbrachten Leistungen den stationär erreichten Erfolg sichern sollten oder ob die Leistungen ein anderes, neues Ziel verfolgten. Ambulante Operationen zeichneten sich des weiteren ihrer Natur nach dadurch aus, dass aufgrund des Gesundheitszustands des Patienten aus medizinischen Gründen keine Notwendigkeit für eine stationäre Krankenhausbehandlung bestehe. Die Begrenzung der abrechenbaren Leistungen erfolge allein über den Katalog des AOP-Vertrages.

Nachstationäre Leistungen seien hingegen Nachsorgeleistungen, die die stationäre Leistung zu Ende führten und nicht mehr unter vollstationären Bedingungen erbracht werden müssten. Es seien typischerweise keine Vorbereitungsleistungen für eine anschließende ambulante vertragsärztliche Versorgung. Die Portimplantation vom 01.04.2010 sei ohne Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses der Klägerin erfolgt. Sie habe dazu gedient, eine vertragsärztliche (ambulante) Chemotherapie zu ermöglichen und nicht das Ziel gehabt, die tumorbedingte stationäre Entfernung des Dickdarms zu festigen oder zu sichern. Der Behandlungserfolg des stationären Aufenthalts sei die Heilung der Krebserkrankung durch Entfernung des vom Krebs befallenen Dickdarms. Die Vermeidung eines Rezidivs durch Chemotherapie zähle entgegen der Auffassung des Sozialgerichts Stuttgart weder zum stationär eingetretenen Behandlungserfolg, noch zu dem vom Krankenhaus verfolgten Behandlungsziel. Die Vermeidung des Eintritts eines Zustands sei stets nur ein Ziel und könne nur dann zum Erfolg werden, wenn der Eintritt des Zustandes unmöglich geworden sei. Die ambulante Chemotherapie zur Vermeidung eines Rezidivs werde nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin erfasst. Sie könne schon deshalb nicht gem. [§ 109 Abs. 4 SGB V](#) von gesetzlich Versicherten als nachstationäre Leistung beansprucht werden und dürfe daher von der Klägerin auch nicht erbracht werden. Überdies könne die Portimplantation nicht als Nachsorgeleistung wie beispielsweise die Versorgung der operativen Wunden oder das Ziehen von Fäden qualifiziert werden. Bei dem stationär verfolgten und erreichten Behandlungserfolg habe es sich nicht um die Vermeidung der Bildung von Rezidiven gehandelt, sondern nur um die Entfernung des krebsbefallenen Dickdarms. Würde man der Rechtsauffassung des Sozialgerichts Stuttgart folgen, wären alle nach stationärer Entlassung erbrachten Leistungen, die in irgendeinem Zusammenhang mit der aufnahmeveranlassenden Krebserkrankung stünden, als nachstationäre Leistungen zu qualifizieren. In wirtschaftlicher Hinsicht sei zu berücksichtigen, dass die Krankenkassen die Portimplantation ohnehin zu vergüten hätten, da sie, sofern nicht ambulant in einem Krankenhaus, von einem niedergelassenen Vertragsarzt vorgenommen und ebenfalls auf der Grundlage des EBM abgerechnet würden. Im Interesse der Versicherten sei die Vornahme der Portimplantation in einem Krankenhaus jedoch vorzuziehen, welches im Falle von Komplikationen die besonderen Mittel eines Krankenhauses zum Einsatz bringen könne, die in der ambulanten Versorgung gerade fehlten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20.12.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 556,37 EUR nebst Zinsen hieraus seit dem 10.11.2010 in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu zahlen,

hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend und führt aus, die Portimplantation vom 01.04.2010 sei eine nachstationäre Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer der vorausgegangenen stationären Behandlung, die mit der Fallpauschale bereits abgegolten sei. Dies ergebe sich aus [§ 115a Abs. 1 SGB V](#) und § 8 Abs. 3 Satz 2 Nr. 3 KHEntgG i.V.m. Anlage 1 Teil A Fallpauschalenverordnung (KFPV) 2010. Nachstationär erbrachte Leistungen seien über OPS-Kodes abzubilden. Das Grouping des Datensatzes nach [§ 301 SGB V](#) für den stationären Aufenthalt vom 08.03.2010 bis 19.03.2010 führe unter Berücksichtigung der Kodierung des OPS-Kodes 5-399.5 für die Portimplantation ebenfalls zur DRG G18B. Eine zusätzliche Vergütung für die Portimplantation neben der DRG G18B verstoße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Tatbestandsmerkmale einer nachstationären Behandlung seien erfüllt. Die Behandlung habe innerhalb des vom Gesetz vorgegebenen Zeitrahmens stattgefunden und sei ausgeführt worden, "um den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen". Der Begriff des Behandlungserfolges knüpfe an das Ergebnis des vollstationären Krankenhausaufenthalts an. Bei Entlassung des Patienten müsse ein zumindest teilweises Erreichen der zuvor gesetzten Behandlungsziele zu verzeichnen sein. Von einer Sicherung oder Festigung sei auszugehen, wenn die medizinischen Maßnahmen das während des stationären Aufenthalts erreichte Behandlungsziel bewahren sollten. Das erreichte Behandlungsziel des stationären Aufenthalts sei der Zustand der Versicherten ohne Krebstumor, nachdem dieser operativ entfernt worden sei. Der Erhaltung dieses Zustands diene die Chemotherapie und damit auch die hierfür erforderliche Portimplantation. Der Versicherten sei auch bereits während des stationären Aufenthaltes im Rahmen des Gesamtbehandlungskonzepts die adjuvante Chemotherapie empfohlen worden. Diese Planung zeige, dass die Sicherung des Erfolges ohne anschließende weitere Chemotherapie nicht möglich gewesen wäre. Die Behandlung des bösartigen Dickdarmtumors habe sich somit nicht nur auf den operativen Eingriff, sondern auch auf die in diesem Tumorstadium medizinisch begründete adjuvante Chemotherapie erstreckt. Üblicherweise erfolge die Portimplantation auch bereits während des stationären Aufenthaltes, um die Verträglichkeit des ersten Zyklus der Chemotherapie zu prüfen. Die Portimplantation stelle deshalb eine typische poststationäre Krankenhausleistung im Sinne eines Annex zur vollstationären Versorgung dar. Es handele sich damit auch um eine Maßnahme der Nachsorge zur Sicherung des Erfolgs der chirurgisch-onkologischen Vorbehandlung, um Rezidive des Krebses zu vermeiden.

Entgegen der Auffassung der Klägerin stehe der Umfang des Versorgungsauftrags der Leistungserbringung als nachstationäre Leistung nicht entgegen. Nach dem Feststellungsbescheid umfasse der Versorgungsauftrag der Klägerin auch die Fachabteilung "Innere". Damit werde auch der Bereich der Onkologie erfasst und mithin auch die hier streitgegenständliche Portimplantation. Die Klägerin wolle den Behandlungserfolg lediglich auf die Entfernung des Tumors, also die Entfernung des vom Krebs befallenen Dickdarms reduzieren. Behandlungsziel sei jedoch die Heilung der Krebserkrankung. Von einer Sicherung oder Festigung sei auszugehen, wenn die medizinischen Maßnahmen das während des stationären Aufenthalts erreichte Behandlungsziel bewahren sollten. Eine künstliche Spaltung in verschiedene Teilbehandlungserfolge entbehre der Grundlage und sei vom Gesetzgeber nicht gewünscht. Das Sichern oder Festigen des Behandlungserfolgs sei im Sinne eines Haltbarmachens, Beständigmachens zu verstehen. Alle weiteren Einschränkungen oder einengenden Auslegungen seien weder vom Gesetzeswortlaut noch vom Gesetzeszweck erfasst und liefen auch der übrigen Systematik zuwider.

Die Klägerin hat dem entgegen gehalten, dass die Portimplantation bei der Versicherten gerade nicht innerhalb des stationären Aufenthaltes erfolgt sei, da diese sich Bedenkzeit erbeten habe, um zu entscheiden, ob überhaupt eine Chemotherapie durchgeführt werden solle. Zudem hätten zum Zeitpunkt der Entlassung noch nicht alle erforderlichen Laborergebnisse vorgelegen, so dass auch deshalb die Portimplantation nicht im stationären Setting hätte erfolgen können. Die Portimplantation habe allein der Durchführung der ambulanten Chemotherapie gedient, sei dieser zuzuordnen und deshalb keine nachstationäre Behandlung. Nachstationäre Leistungen könnten nur einen Behandlungserfolg sichern, nicht aber ein Behandlungsziel. Postuliere man die Heilung der Krebserkrankung als Behandlungsziel, seien alle

Maßnahmen im Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung als nachstationäre Leistung zu qualifizieren, wenn nicht eine Wiederaufnahme zur stationären Versorgung erfolge. Die Klägerin berief sich ferner auf ein Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 30.04.2014 ([L 5 KR 181/13](#)), wonach die Portimplantation weder als vor- noch als nachstationäre Leistung zu werten sei. Auch der erkennende Senat habe in einem Beschluss vom 04.11.2014 ([L 5 KR 141/14 ER-B](#)) zur Abgrenzung zwischen vor- und nachstationären Leistungen einerseits von ambulanter Behandlung andererseits entschieden. Die darin enthaltenen Ausführungen stützten die Berufung, da es sich bei der Portimplantation nicht um eine nachstationäre Leistung gehandelt habe, die nach Art und Schwere der Erkrankung die medizinische Versorgung der Versicherten in einem Krankenhaus unter der Verantwortung eines im Krankenhaus tätigen Arztes erfordert und eine ansonsten notwendige stationäre Leistung ersetzt oder überflüssig gemacht habe.

Die Beklagte hat hierzu noch ausgeführt, der vom LSG Rheinland-Pfalz entschiedene Fall sei mit der Konstellation des vorliegenden Falles nicht vergleichbar, da dort eine Tumoroperation nicht durchgeführt worden sei. In dem Beschluss des LSG Stuttgart vom 04.11.2014 sei es um Wundkontrolle, Fadenzug und Verbandwechsel als typische Nachsorgeleistungen gegangen, die der vertragsärztlichen Versorgung zugeordnet worden seien. Dies könne nicht mit der operativen Implantation eines Portsystems verglichen werden, die aufgrund der damit verbundenen Risiken einer Ortsveränderung des Ports, von Nachblutungen, einer Luftembolie oder eines Zusammenfallens eines Lungenflügels mit nachfolgender Röntgenkontrolle oder sogar zusätzlich mit Durchleuchtung während des Eingriffs durchzuführen sei. Im Hinblick auf die mögliche Allgemeinanästhesie, die intra- und postoperative Röntgenkontrolle sowie die Möglichkeit der schnellen Beherrschung von Komplikationen sei die Portimplantation in einem Krankenhaus vorzunehmen. In der Regel erfolge sie bereits während des jeweiligen vorherigen stationären Aufenthalts.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze und die Akten der Beklagten sowie die Gerichtsakten des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist gem. [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Das Sozialgericht hat die Berufung nach [§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen. Daran ist der Senat nach [§ 144 Abs. 3 SGG](#) gebunden. Die Berufung ist auch sonst gemäß [§ 151 SGG](#) zulässig.

Sie ist auch begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Vergütung der am 01.04.2010 bei der Versicherten ambulant durchgeführten Portimplantation. Entgegen der von der Beklagten und vom Sozialgericht vertretenen Auffassung handelt es sich nicht um eine über die Fallpauschale für den vorangegangenen stationären Krankenhausaufenthalt abgegoltene nachstationäre Behandlung i.S.v. [§ 115a Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#).

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) (i.d.F. durch Art. 1 Nr. 3 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.04.2002, [BGBl I 1412](#)) i.V.m. [§ 1 Abs. 3 S. 2 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG i.d.F. durch Art. 5 FPG vom 23.04.2002, \[BGBl I 1412\]\(#\)\), \[§ 115b Abs. 2 S. 4 SGB V\]\(#\)](#) (vgl. insgesamt [§ 115b SGB V](#) i.d.F. durch Art. 1 Nr. 84 GKV-WStG vom 26.03.2007, [BGBl I 378](#) m.W.v. 01.04.2007) und [§ 7 Abs. 1 S. 1 AOP-Vertrag](#). Nach [§ 109 Abs. 4 S. 1 SGB V](#) wird das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag nach [§ 109 Abs. 1 SGB V](#) für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Krankenhausbehandlung wird u.a. ambulant ([§ 115b SGB V](#)) erbracht ([§ 39 Abs. 1 S. 1](#) letzter Fall SGB V). Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung zu führen (vgl. [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#)). Die ambulante Durchführung von Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe wird für die gesetzlich versicherten Patienten nach [§ 115b SGB V](#) vergütet ([§ 1 Abs. 3 S. 2 KHEntgG](#)). Gemäß [§ 115b Abs. 1 S. 1 Nr. 1](#) und 2 SGB V vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe und einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet ([§ 115b Abs. 2 S. 4 SGB V](#)). Die im Katalog nach [§ 3 AOP-Vertrag](#) aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und stationärer Eingriffe und die nach den [§§ 4, 5](#) und 6 AOP-Vertrag erbrachten Leistungen des Krankenhauses und der Vertragsärzte werden auf der Grundlage des EBM, seiner Abrechnungsbestimmungen und ggf. des Bewertungsmaßstabs für kassenärztliche Leistungen und der Ersatzkassen-Gebührenordnung nach einem festen Punktwert außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütungen vergütet ([§ 7 Abs. 1 S. 1 AOP-Vertrag](#)).

Die durchgeführte Portimplantation ist in Anlage 1 zum AOP-Vertrag unter 5-399.5 OPS (andere Operationen an Blutgefäßen: Implantation und Wechsel von venösen Katheterverweilsystemen (z.B. zur Chemotherapie oder zur Schmerztherapie)) gelistet und zählt damit zu den ambulant durchführbaren Operationen nach [§ 3](#) des AOP-Vertrages. Dies ist zwischen den Beteiligten auch unstrittig.

Im Streit steht zwischen den Beteiligten allein die Frage, ob die streitgegenständliche Krankenhausleistung als nachstationäre Leistung mit der Vergütung für den vorangegangenen stationären Krankenhausaufenthalt über die fallpauschalenbezogene Abrechnung mit der DRG G18B bereits abgegolten ist. Hierzu hat das Sozialgericht zunächst zwar zutreffend ausgeführt, dass [§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG](#) einer Abrechnung ambulanter Operationen über [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) i.V.m. dem AOP-Vertrag dann entgegensteht, wenn es sich um Leistungen außerhalb des Fallpauschalensystems handelt. [§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG](#) enthält entsprechend dem Standort im KHEntgG eine Regelung zum Umfang der Vergütung der nachstationären Behandlung im Krankenhaus. Die Vergütung markiert aber gleichzeitig auch eine Abgrenzung der Leistungsbereiche. [§ 8 Abs. 2 Satz 3 KHEntgG](#) führt die Fälle auf, in denen neben der Fallpauschale weitere Abrechnungsmöglichkeiten bestehen. Im Umkehrschluss ist dieser Regelung zu entnehmen, dass die nachstationäre Behandlung im Krankenhaus in den zeitlichen Grenzen der Grenzverweildauer durch die Fallpauschale abgegolten ist (BSG, Urteil vom 17.07.2013 - [B 6 KA 14/12 R](#) - in Juris).

Diese Annahme gilt indes nur für nachstationäre Behandlungen i.S.v. [§ 115a Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#). Der Begriff der nachstationären Behandlung ist in [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) gesetzlich definiert. Nach dieser Regelung kann das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung). Entscheidungserheblich ist daher allein die Frage, ob der in der stationären Behandlung erreichte Behandlungserfolg durch die nachfolgende

- ambulante - Behandlung gesichert oder gefestigt werden soll (so auch LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 30.04.2014 - [L 5 KR 181/13](#) -, in Juris RdNr. 17).

Bei der Behandlung einer Krebserkrankung sind verschiedene stadienspezifische, stationäre und ambulante Behandlungsmaßnahmen zu unterscheiden. Neben der operativen Tumorentfernung kommen eine Strahlentherapie sowie eine Chemotherapie als grundsätzliche Therapieformen, gegebenenfalls in multimodaler Kombination in Betracht. Die Therapieformen sind je nach der Zielsetzung zu unterscheiden: während bei der operativen Tumoresektion die möglichst vollständige chirurgische Entfernung des Tumorgewebes angestrebt wird, kommen die Strahlen- und die Chemotherapie als neoadjuvante Therapie zur präoperativen Reduktion des Tumors in Betracht, als kurative, auf Heilung ausgerichtete Therapie, als adjuvante Therapie zur Elimination von potentiell vorhandenen Mikrometastasen im Anschluss an eine Operation (oder nach einer Strahlentherapie) sowie als palliative Therapie zur Einschränkung des Tumorwachstums mit dem Ziel, die Lebensqualität zu verbessern (vgl. für alles Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 266. Aufl.). Im Falle der Klägerin wurde zunächst die operative Tumoresektion des diagnostizierten Zökumkarzinoms im Rahmen der stationären Behandlung durchgeführt. Anschließend sollte sich sodann eine adjuvante Chemotherapie, zu deren Durchführung die streitgegenständliche Portimplantation erfolgt ist. Die Beantwortung der Frage, ob die Portimplantation zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolgs der stationären Krankenhausbehandlung gedient hat, ist unter Berücksichtigung der differenzierenden Therapieziele und der mit den jeweiligen - stationären oder ambulanten - Behandlungsansätzen erreichten Behandlungserfolge vorzunehmen. Anders als das Sozialgericht gelangt der Senat zu der Auffassung, dass die operative Tumoresektion allein dem Behandlungsziel der Entfernung des Tumorgewebes diene und der Behandlungserfolg mit Entfernung des Zökumkarzinoms erreicht war. Die anschließende Chemotherapie bezweckte als adjuvante Therapie die Verhinderung eines aus potentiell vorhandenen Mikrometastasen entstehenden Rezidivs. Sie sollte weiteren Prozessen der Krankheitsentwicklung entgegenwirken und verfolgte mithin ein eigenständiges, anders gelagertes Behandlungsziel als die operative Tumorentfernung. Dieser Differenzierung wird das vom Sozialgericht formulierte Behandlungsziel der Bewahrung und Erhaltung des tumorfreien Zustandes nicht gerecht. Dass sowohl die operative Behandlung als auch die adjuvante Chemotherapie letztlich darauf abzielen, die Krebserkrankung zu heilen, macht es im Hinblick auf die unterschiedlichen Abrechnungsregime nicht entbehrlich, die verschiedenen - stationären und ambulanten - Therapieansätze voneinander abzugrenzen. Die Chemotherapie stellt sich damit als weitergehender Therapieansatz mit eigenem Therapieziel dar, der sich an die operative Entfernung des Tumors zwar zeitlich anschließt, aber nicht zur Sicherung oder Festigung des mit der Operation erzielten Behandlungserfolgs dient.

Im hier zu entscheidenden Fall war die stationäre, operative Behandlung mit der Entlassung der Versicherten am 19.03.2010 abgeschlossen, die nachfolgende Portimplantation stand nicht mehr mit dem durch die Operation herbeigeführten Behandlungserfolg der Tumorentfernung in Zusammenhang, sondern diene vorbereitend der Durchführung der adjuvanten Chemotherapie. Zwischen den beiden Behandlungsabschnitten ist mit der Entlassung der Versicherten eine Zäsur eingetreten. Die Portimplantation diene - wie die Klägerin zu Recht geltend macht - der nachfolgenden Chemotherapie, nicht aber zur Sicherung des Behandlungserfolgs der operativen Tumorentfernung. Dafür spricht nicht zuletzt auch, dass die Portimplantation als solche für die operative Entfernung des Tumors völlig ohne Bedeutung war, sondern ihren Sinn allein als Vorkehrung zur gefäßschonenderen Verabreichung der Zytostatika im Rahmen der Chemotherapie hatte. Die ambulante Portimplantation erfüllt im vorliegenden Fall folglich nicht die Kriterien einer nachstationären Behandlung im Sinne des [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) und ist nicht im Rahmen der DRG-Vergütung für die stationäre Behandlung mit abgegolten.

Die Beklagte kann dagegen nicht mit Erfolg einwenden, eine künstliche Spaltung des Behandlungsziels der Heilung der Krebserkrankung in verschiedene Teilbehandlungserfolge sei vom Gesetzgeber nicht bezweckt. Denn sie berücksichtigt insoweit nicht, dass der Wortlaut des [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) auf den Behandlungserfolg der stationären Krankenhausbehandlung abstellt. Dies war hier allein der Erfolg der stationär durchgeführten Operation und damit die erfolgreiche chirurgische Entfernung des Tumorgewebes. Wenn die Beklagte insoweit mit dem übergeordneten Ziel der Heilung einer Krebserkrankung argumentiert, wird sie der Komplexität der Krebstherapie, die - wie dargestellt - aus verschiedenen, miteinander kombinierbaren Therapieabschnitten besteht, nicht gerecht. Gerade diese Komplexität mit teils stationär, teils ambulant durchzuführenden Behandlungen macht eine differenzierte Betrachtung nach einzelnen Behandlungsabschnitten erforderlich.

Auch der Hinweis der Beklagten, der Versicherten sei bereits während der stationären Behandlung die Durchführung einer Chemotherapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungskonzeptes empfohlen worden, kann zu keiner anderen Beurteilung führen. Die Aufklärung der Versicherten über weitere mögliche und notwendige Behandlungsschritte war Aufgabe der behandelnden Ärzte. Die Versicherte hat sich aber gerade Bedenken dazu erbeten, ob sie überhaupt eine Chemotherapie durchführen wollte, wozu sie aufgrund der zum Zeitpunkt ihrer Entlassung noch nicht vollständig vorliegenden Laborergebnisse durchaus Veranlassung hatte, und sich erst später für diese weiterführende Therapie und damit für die Implantation des Portsystems entschieden. Selbst wenn die Portimplantation in anderen Fällen und - wie die Beklagte geltend macht - üblicherweise bereits im Rahmen des stationären Aufenthalts wegen einer operativen Tumoresektion erfolgt, so kann daraus für den vorliegenden Fall nichts hergeleitet werden. Denn der Behandlungsverlauf hängt maßgeblich auch vom Willen des Versicherten ab, der sich - wie hier die Versicherte - durchaus für einen späteren Beginn der Chemotherapie nach zunächst erfolgtem Abschluss der stationären Behandlung entscheiden kann. So sind zuvor vollstationär im Krankenhaus behandelte Patienten auch nicht generell gehindert, sich ambulant von Vertragsärzten behandeln zu lassen, etwa wenn sie aus persönlichen Gründen das Krankenhaus nicht zu täglichen Nachsorgeuntersuchungen aufsuchen können oder wollen (so BSG, Urteil vom 17.07.2013, [a.a.O.](#)).

Da maßgeblich stets der Behandlungsverlauf im Einzelfall ist, kann eine Chemotherapie in anders gelagerten Behandlungsfällen durchaus auch die Voraussetzungen einer nachstationären Behandlung erfüllen. So hat das BSG in dem mit Urteil vom 17.09.2013 ([B 1 KR 51/12 R](#), in Juris) entschiedenen Fall einer simultanen Radiochemotherapie das Vorliegen einer nachstationären Behandlung im Sinne eines medizinisch geeigneten Falls angenommen, die geeignet war, im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (Juris RdNr. 15,16). Im dort zur Entscheidung stehenden Behandlungsfall war eine stationär begonnene Radiochemotherapie zur kurativen Behandlung eines nicht operablen Bronchialkarzinoms nach der Entlassung der Versicherten mit weiteren Behandlungseinheiten ambulant fortgeführt worden. Der entscheidungsrelevante Sachverhalt stellt sich deshalb dort grundlegend anders dar als im vorliegenden Fall, so dass die Rechtsprechung des 1. Senats des BSG aus der genannten Entscheidung hierher nicht übertragbar ist.

Auch die Rechtsprechung des BSG zur separaten Abrechenbarkeit von vorstationärer und anschließender, nach Fallpauschalen vergüteter

stationärer Behandlung, führt im vorliegenden Fall der Abgrenzung nachstationärer Leistungen von innerhalb der Grenzverweildauer erbrachten sonstigen Leistungen des Krankenhauses, zu keinem anderen Ergebnis. Das BSG (Urt. v. 17.09.2013 - [B 1 KR 2/12](#)) hatte, ausgehend von § 8 Abs. 2 Satz 1 KHEntG, wonach Fallpauschalen für Behandlungsfälle berechnet werden, den gleichen, vor- und sodann voll- oder teilstationären Behandlungsfall angenommen, wenn ein die Behandlung prägender sachlicher Zusammenhang zwischen den Behandlungsepisoden besteht. So liege es, wenn derselbe Versicherte aufgrund der selben Erkrankung unter vergleichbaren Prämissen anlässlich der vor- und späteren vollstationären Behandlung mit derselben Gesamtzielrichtung behandelt werden soll (a.a.O. Juris RdNr. 18). Während in dem vom BSG entschiedenen Fall der (vorstationären) sonographischen Untersuchung der Gallensteine und der anschließenden (stationären) Entfernung der Gallensteine der prägende sachliche Zusammenhang offensichtlich ist, wurden hier unterschiedliche Behandlungsziele in völlig anders gearteten Behandlungsschritten verfolgt: Das mit der stationären Behandlung primär verfolgte Ziel der operativen Entfernung des Tumors war offensichtlich erfolgreich abgeschlossen. Die sich anschließende Portimplantation kann auch im weitesten Sinne nicht als Teil der vorangegangenen Operation gesehen werden; sie hatte die Funktion, die anschließende Chemotherapie zu ermöglichen und ist damit Teil des mit der Chemotherapie verfolgten Behandlungsziels, ein eventuelles Wiederaufleben der Tumorerkrankung zu verhindern, das zudem mit seinen Folgebehandlungen nicht im Krankenhaus der Klägerin verwirklicht werden konnte. Mangels prägenden sachlichen Zusammenhangs können die beiden Operationen nicht einem einheitlichen Behandlungsfall zugeordnet werden.

Dass die Portimplantation nicht im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung durch einen niedergelassenen Chirurgen durchzuführen war, drängt sich aufgrund der damit verbundenen Komplikationsrisiken auf. Dies sieht auch die Beklagte so. Dementsprechend ist die Portimplantation auch im AOP-Vertrag gelistet. Auf die Abgrenzung zwischen nachstationärer und vertragsärztlicher Behandlung kommt es deshalb nicht an, so dass die darauf bezogenen Ausführungen des erkennenden Senats im Beschluss vom 04.11.2014 ([L 5 KR 141/14](#)) für die hier maßgebliche Abgrenzung zwischen nachstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung von Seiten den Beklagten ebenso wenig herangezogen werden können wie von Seiten der Klägerin.

Die Klägerin hat daher Anspruch auf Begleichung der Rechnung vom 30.06.2010 über den Betrag von 556,37 EUR. Einwendungen gegen die darin zugrunde gelegten Rechnungspositionen und die Höhe des Rechnungsbetrages hat die Beklagte nicht erhoben, so dass der Senat keine Veranlassung hat, die Richtigkeit der Abrechnung in Frage zu stellen. Der Zinsanspruch beruht auf § 19 Abs. 1 und 3 des Landesvertrages zu [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#).

Die Berufung der Klägerin hat daher Erfolg, die Beklagte ist antragsgemäß zur Zahlung an die Klägerin zu verurteilen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 197a SGG, 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus [§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-02-24