# L 16 KR 632/22 KH

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 34 KR 270/18
Datum
29.07.2022
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 632/22 KH
Datum
07.11.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

**Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 29.07.2022 wird zurückgewiesen.**

**Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.**

**Die Revision wird zugelassen.**

**Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 2.152,21 € festgesetzt.**

**Tatbestand:**

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von Krankenhausbehandlung. Im Streit steht hierbei ein Erstattungsanspruch der beklagten Krankenkasse aus Vergütung für ambulante spezialfachärztliche Versorgung (E., § 116b SGB V) im Zusammenhang mit einer Stammzelltherapie, mit dem die Beklagte gegen unstreitige Forderungen des klagenden Krankenhauses aufgerechnet hat.

Die Klägerin betreibt ein gemäß § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus. Mit Bescheiden vom 26.02.2010 erteilte die W. der Klägerin ab dem 26.02.2010 die Zulassung zur Durchführung ambulanter Behandlungen der hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen, Erkrankungen mit besonderem Krankheitsverlauf sowie Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen.

In der Zeit vom 00.00.0000 bis 00.00.0000 wurde der bei der Beklagten versicherte, am 00.00.0000 geborene D. (im Folgenden: Versicherter) im Krankenhaus der Klägerin vollstationär behandelt (Verweildauer: 28 Tage). Der Versicherte, der an einem Angioimmunoblastischen T-Zell-Lymphom (ICD-10: C86.5) erkrankt war, erhielt eine Stammzelltransplantation. Hierfür machte die Klägerin bei der Beklagten eine Vergütung in Höhe von insgesamt 89.646,76 € unter Ansteuerung der Diagnosis Related Groups (DRG) A04C *(Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogen, < 18 J. od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.)* geltend (Rechnung vom 12.09.2013), die von der Beklagten bezahlt wurde. Die obere Grenzverweildauer (OGVD) der DRG A04C betrug im Zeitpunkt der Behandlung 56 Tage.

Im Zeitraum vom 00.00.0000 bis zum 00.00.0000 wurde der Versicherte im klägerischen Krankenhaus ambulant in Form von Nachsorge- und Kontrolluntersuchungen einschließlich Infusionstherapie behandelt; hierbei wurden auch zahlreiche Proben entnommen. Hierfür machte die Klägerin mit Rechnung vom 00.00.0000 unter Benennung zahlreicher EBM-Ziffern – einschließlich einer Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung unter dem Datum 00.00.0000 – auf der Grundlage einer E. nach § 116b SGB V einen Betrag in Höhe von insgesamt 2.152,21 € geltend.

Die Beklagte beglich die Rechnung in Höhe eines Teilbetrags von 2.140,01 € (vermindert um die Grundpauschale EBM-Ziffer 10211, s.

Schreiben der Beklagten vom 31.03.2014) und beauftragte anschließend den V. mit der Prüfung der Behandlung des Versicherten. Prüfgegenstand war, ob die Behandlung nach § 116b SGB V korrekt abgerechnet und die Diagnose korrekt kodiert wurde. Weiterhin wurde der V. danach gefragt, ob die fraglichen Leistungen bereits nach § 115a SGB V (vor- und nachstationäre Behandlung) mit der DRG der Stammzelltransplantation abgegolten bzw. nachstationär abzurechnen seien. Außerdem wurde nach der Abrechenbarkeit einzelner EBM-Ziffern gefragt (Schreiben der Beklagten an den V. vom 25.03.2014).

In seinem Gutachten vom 21.05.2015 gelangte der V. zu der Beurteilung, dass die vom klägerischen Krankenhaus nach Durchführung der Stammzelltransplantation erbrachten ambulanten Leistungen nach Maßgabe des § 115a Abs. 1 Nr. 2, Abs. 2 SGB V als nachstationäre Behandlung zu bewerten und mit der DRG abgegolten seien. Gleiches gelte für die am 00.00.0000 abgerechnete ambulante Leistung als vorstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Mit Schreiben vom 19.06.2015 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass der V. zu dem Ergebnis gekommen sei, dass alle ambulant in der Klinik erbrachten Leistungen mit der DRG abgegolten seien. Die Klägerin werde gebeten, die Rechnung bis spätestens 30.07.2015 entsprechend dem Gutachten zu stornieren. Da die Klägerin der Aufforderung der Beklagten trotz erfolgter Erinnerungen nicht nachkam, verrechnete die Beklagte entsprechend der unter dem 22.10.2015 erfolgten Ankündigung unter dem 06.11.2015 die von ihr geltend gemachte Rückforderung mit unstreitigen Forderungen der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen per Sammelavis in Höhe von insgesamt 2.140,01 €.

Am 22.02.2018 hat die Klägerin Klage bei dem Sozialgericht (SG) Düsseldorf erhoben und einen Betrag in Höhe von 2.152,21 € zuzüglich Zinsen geltend gemacht. Ein entsprechender Anspruch bestehe schon deshalb, weil die Aufrechnung der Beklagten gegen das landesvertragliche Aufrechnungsverbot des § 15 Abs. 4 Sicherstellungsvertrag NRW verstoße. Ferner habe die Beklagte keinen Erstattungsanspruch gegen sie. Es habe sich bei der streitigen Behandlung des Versicherten um eine E. gehandelt, so dass ihr für die nach Maßgabe des § 116b SGB V erbrachte Leistung ein Anspruch auf Vergütung zustehe. Bei der E. handele es sich um eine vom Gesetzgeber bewusst als eigenständiger Leistungssektor ausgestaltete Form ambulanter Behandlung im Krankenhaus. Dem könne kein Vorrang einer nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V entgegengehalten werden. Vielmehr sei nach dem Regelungssystem der Krankenhausvergütung die vor- und nachstationäre Behandlung gegenüber der E. nachrangig. Dies entspreche auch dem im Regelungssystem der GKV aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot angelegten Vorrang der vertragsärztlichen vor der stationären, auch nachstationären, Versorgung.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.152,21 € zuzüglich Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 00.00.0000 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie habe einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch, da die Klägerin neben der für den stationären Aufenthalt abgerechneten DRG keine gesonderte Vergütung nach § 116b SGB V verlangen könne. Dies ergebe sich aus § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG. Das Verbot von Doppelvergütungen und die hierzu vom BSG entwickelten Grundsätze seien auch auf das Verhältnis ambulanter Behandlungen nach § 116b SGB V zu vor- und nachstationären Behandlungen gemäß § 115a Abs. 1 Nr. 2 SGB V zu übertragen. Um eine derartige vor- bzw. nachstationäre Behandlung habe es sich hier gehandelt. Die streitige Behandlung vom 00.00.0000 bis 00.00.0000 in Form von Kontrolluntersuchungen nach der Stammzelltransplantation habe im Anschluss an die vollstationäre Krankenhausbehandlung der Sicherung des Behandlungserfolgs gedient (§ 115a Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Die am 00.00.0000 ambulant erbrachten Leistungen hätten wiederum der Vorbereitung der mit der stationären Behandlung vom 00.00.0000 bis 00.00.0000 durchgeführten Stammzelltransplantation gedient. Diese vor- und nachstationären Behandlungen seien innerhalb der Zeitgrenzen des § 115a Abs. 2 SGB V erfolgt und hätten nicht die OGVD der für die stationäre Behandlung abgerechneten DRG-Fallpauschale (56 Tage) überschritten. Damit liege hier ein einziger Behandlungsfall im Sinne eines zusammenhängend behandelten Krankheitsfalles vor. Folglich sei entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot für die Kontrolluntersuchungen nach einer Stammzelltransplantation eine Doppelvergütung unzulässig, die innerhalb der Zeitgrenzen des § 115a Abs. 2 SGB V erbrachten ambulanten Leistungen der Klägerin daher mit der DRG A04C abgegolten. Auf den Vorrang der vertragsärztlichen Versorgung könne sich die Klägerin nicht berufen, da es sich bei der E. nach § 116b SGB V gerade nicht um eine solche Versorgung, sondern einen eigenständigen sektorenverbindenden Versorgungsbereich handele, der weder Krankenhausbehandlung i.S.d. § 39 SGB V noch vertragsärztliche Versorgung sei. Da die Klägerin die streitige Behandlung sowohl als vor- und nachstationäre Behandlung als auch E. habe durchführen und (einschließlich der E.) direkt mit der Krankenkasse habe abrechnen können, müsse sie sich an das Wirtschaftlichkeitsgebot und das aus § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG folgende Verbot von Doppelabrechnungen halten.

Ferner sei die von der Beklagten erklärte Aufrechnung wirksam und verstoße nicht gegen den Landesvertrag NRW. Weder die Haupt- noch die Gegenforderung unterlägen dem Sicherstellungsvertrag. Da dem Erstattungsanspruch der Beklagten eine von der Klägerin geltend gemachte Vergütungsforderung für ambulante Leistungen nach § 116b SGB V zugrunde liege, der Landesvertrag NRW jedoch nur die vor- und nachstationäre, teilstationäre sowie vollstationäre Behandlung und die hierzu geforderte Vergütung erfasse, falle die E. nach § 116b SGB V nicht darunter. Auch könne es sich bei den unstreitigen Vergütungsforderungen der Klägerin ausweislich der Vorgaben der Datenaustauschvereinbarung und deren technische Anlagen nur um ambulante Leistungen der Klägerin (§§ 115b, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V) gehandelt haben, da diese mit einem eigenen Nachrichtentyp übermittelt werden müssten und daher bereits in technischer Hinsicht nur Forderungen aus diesen Behandlungen gegeneinander aufgerechnet werden könnten. Auch würde es den Vertragsparteien auf Landesebene nach § 112 SGB V im Hinblick auf die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach § 116b SGB V an einer Regelungskompetenz fehlen; diese sei nach § 116b Abs. 6 SGB V allein dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugewiesen. Ferner habe die Aufrechnung der Beklagten vom 06.11.2015 mit dem Zahlungsavis (Sammelabrechnungen) den Anforderungen an eine wirksame Aufrechnungserklärung entsprochen.

Nach Auffassung der Klägerin komme demgegenüber bei Leistungen nach § 116b SGB V mangels einer Krankenhausbehandlung i.S.d. § 39 SGB V eine Zuordnung der ambulanten Behandlung zur vorrangigen nachstationären Behandlung im Rahmen des § 115a SGB V nicht in Betracht. § 115a SGB V setze u.a. das Vorliegen einer Krankenhausbehandlung i.S. von § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V voraus; hieran fehle es bei einer E.. Auch habe das BSG klargestellt, dass eine nachstationäre Behandlung regelmäßig nicht erforderlich sei, wenn stattdessen vertragsärztliche Versorgung ausreichend sei (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17.09.2013 – B 1 KR 51/12 R). Damit habe das BSG den Grundsatz der Nachrangigkeit der vor- und nachstationären Behandlung gegenüber ambulanter Behandlung hervorgehoben, was zu ihren Gunsten gehe. Insbesondere sei die E. ein eigenständiger Leistungssektor, der mitnichten als vor- oder nachstationäre Leistung und damit Teil der Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V deklariert werden könne. Dies unterscheide die E. etwa von einer AOP-Leistung nach § 115b SGB V, die als Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V gegenüber einer nachstationären Behandlung (§ 115a SGB V) nachrangig sein könne und insoweit eine Sperrwirkung entfalte (Hinweis auf BSG, Urteil vom 19.04.2016 – B 1 KR 23/15 R). An einer solchen Sperrwirkung fehle es hier jedoch, da mit der E. gerade keine Krankenhausbehandlung i.S.d. § 39 Abs. 1 SGB V erfolge und sich die Bereiche des § 116b SGB V und § 39 SGB V daher nicht überschneiden könnten. Auch sei das Krankenhaus zur Erbringung von Leistungen der E. auf Grundlage der Krankenhausplanung des Landes Nordrhein-Westfalen in Verbindung mit dem Bestimmungsbescheid der W. ausdrücklich zugelassen. Damit stelle das Krankenhaus die Versorgung der Versicherten mit hochspezialisierten Leistungen sowie die Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sicher, auch soweit niedergelassene Vertragsärzte eine solche Versorgung nicht gewährleisten könnten. Der Vortrag der Beklagten stehe hierzu in offenem Widerspruch. Weitere Voraussetzungen als die durch bestandskräftigen Bestimmungsbescheid erfolgte Zulassung des klägerischen Krankenhauses zur E. würden durch das Gesetz nicht geknüpft.

Die Beklagte hat ein weiteres Gutachten des V. vom 03.02.2021 eingereicht, in welchem dieser u.a. bei seiner Auffassung verblieben ist, dass die streitigen Leistungen die Voraussetzungen einer nachstationären Versorgung nach § 115a SGB V erfüllt hätten.

Mit Urteil vom 29.07.2022, das im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung ergangen ist, hat das SG die Klage abgewiesen. Der Klägerin stehe kein Anspruch auf Zahlung von 2.152,21 € aufgrund der ambulanten Behandlung des Versicherten zu, da die Beklagte zu Recht aufgrund der bereits gezahlten Vergütung einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch geltend gemacht und gegenüber unstreitigen Vergütungen wirksam aufgerechnet habe. Bei den von der Klägerin durchgeführten Kontrolluntersuchungen als Nachsorge nach Stammzelltransplantation habe es sich um eine nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V gehandelt. Die vor- und nachstationären Behandlungen seien innerhalb der Zeitgrenze des § 115a Abs. 2 SGB erfolgt und hätten die OGVD für die abgerechnete DRG-Fallpauschale A04C nicht überschritten. Die Klägerin habe für diese Behandlung keinen Anspruch auf separate Vergütung als Leistung gemäß § 116b SGB V, weil sie diese Leistung wirtschaftlicher als nachstationäre Behandlung hätte erbringen können. Ebenso bestehe kein Vergütungsanspruch für die als vorstationäre Leistung erbrachte Versorgung am 00.00.0000. Die Klägerin habe lediglich Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichen Alternativverhalten angefallen wäre. Es sei auch nicht davon auszugehen, dass die nachstationäre Behandlung des Versicherten deshalb nicht erforderlich gewesen wäre, weil stattdessen eine vertragsärztliche Versorgung ausreichend gewesen wäre. § 116b SGB V schaffe einen neuen Versorgungssektor der E.. Die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung würden damit für einen mehr oder weniger klar definierten Bereich aufgelöst. Sowohl vorstationäre und nachstationäre Behandlungen als auch Leistungen der E. würden von der Klägerin erbracht. Es handele sich dabei nicht um eine vertragsärztliche Behandlung, so dass auch nicht von einem Vorrang der E. vor einer nachstationären Versorgung ausgegangen werden könne. Daher bestehe für die Klägerin kein Anspruch auf Vergütung für die streitige Behandlung aufgrund des Anrechnungsverbotes des § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG.

Gegen dieses ihr am 05.09.2022 zugestellte Urteil hat sich die Klägerin mit der am 13.09.2022 eingelegten Berufung gewandt. Die Aufrechnung sei bereits wegen des Aufrechnungsverbots nach § 15 Abs. 4 Sicherstellungsvertrag NRW unwirksam. Auch in der Sache stehe der Beklagten keine aufrechnungsfähige Gegenforderung aus der streitigen Behandlung des Versicherten zu. Da es sich bei der E. nach § 116b SGB V nicht um Krankenhausbehandlung i.S.d. § 39 SGB V handele und sich beide Bereiche nicht überschneiden könnten, sei die von der Beklagten herangezogene Rechtsprechung des BSG zur Nachrangigkeit ambulanter Leistungen im Rahmen des § 115b SGB V (AOP-Leistungen) gegenüber nachstationären Leistungen nach § 115a SGB V aufgrund der Sperrwirkung durch die Fallpauschale nicht anwendbar. Denn bei Leistungen nach § 115b SGB V (und § 115a SGB V) handele es sich anders als bei solchen nach § 116b SGB V um Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V. Auch habe das BSG den Grundsatz der Nachrangigkeit der vor- und nachstationären Behandlung gegenüber ambulanter Behandlung deklariert, so dass zu ihren Gunsten zu entscheiden sei. Ferner bleibe sie dabei, dass weitere Voraussetzungen an die Leistungserbringung nach § 116b SGB V als die Zulassung auf der Grundlage der landesplanungsrechtlichen Regelungen sowie des Bestimmungsbescheides der Bezirksregierung durch das Gesetz nicht geknüpft würden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des SG Düsseldorf vom 29.07.2022 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.152,21 € zuzüglich Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 00.00.0000 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise, für den Fall der Unwirksamkeit der Aufrechnungserklärung, die Klägerin zu verurteilen, an sie 2.140,01 € zu zahlen.

Sie verteidigt das Urteil des SG. Das Aufrechnungsverbot des § 15 Abs. 4 Sicherstellungsvertrag NRW finde keine Anwendung, da sowohl die Haupt- als auch die maßgebliche Gegenforderung aus Vergütungsansprüchen des Krankenhauses bestünden, die nicht Gegenstand vollstationärer, vor- und nachstationärer sowie teilstationärer Leistungen seien und daher nicht dem Landesvertrag unterfielen. Dies gelte insbesondere für ambulante Leistungen der E. nach § 116b SGB V, auch weil den Vertragsparteien auf Landesebene wegen der speziellen Regelungskompetenz des GKV-Spitzenverbandes, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (§ 116b Abs. 6, § 12 SGB V) keine Zuständigkeit für die nähere Ausgestaltung dieser Leistungen zukomme. Für den Fall der Unwirksamkeit der Aufrechnung oder der Unwirksamkeit der Aufrechnungserklärung halte die Beklagte ihre mit Schriftsatz vom 25.10.2018 erhobene und mit Schriftsatz vom 10.03.2020 reduzierte Hilfswiderklage in Höhe von 2.140,01 € aufrecht.

In der Sache sei die Klage unbegründet, da der Klägerin kein Vergütungsanspruch für die abgerechnete ambulante Behandlung im Zeitraum vom 00.00.0000 bis 00.00.0000 in Höhe von 2.152,21 € zustehe und die Aufrechnung seitens der Beklagten in Höhe von 2.140,01 € wirksam gewesen sei. Die ambulante Behandlung am 00.00.0000 wäre wirtschaftlicher als vorstationäre Behandlung und die ambulanten Behandlungen im Zeitraum vom 00.00.0000 bis 00.00.0000 wirtschaftlicher als nachstationäre Behandlung (§ 115a Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB V) zu erbringen gewesen. Die unter dem 00.00.0000 berechnete EBM-Ziffer 25214 (Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung) mit einem Entgelt von 9,02 € sei schon deswegen nicht erfüllt, weil nach den Feststellungen des V. vor dem 00.00.0000 keine Strahlenbehandlung stattgefunden habe. Sollte am 00.00.0000 ein Aufklärungs- oder Vorgespräch im Hinblick auf die stationär durchgeführte Ganzkörperbestrahlung erfolgt sein, wäre dieses, wie vom V. ausgeführt, vorstationär zu erbringen gewesen. Bei den ambulanten Behandlungen im Zeitraum vom 00.00.0000 bis 00.00.0000 habe es sich um Nachsorgebehandlungen/Kontrolluntersuchungen an 11 Behandlungstagen im Anschluss an die im Zeitraum vom 00.00.0000 bis 00.00.0000 stationär durchgeführte Stammzelltransplantation gehandelt. Diese hätten somit auch der Sicherung des Behandlungserfolgs dieser stationären Behandlung gedient. Auch sei unstreitig, dass die für die stationäre Behandlung (00.00.0000 bis 00.00.0000) berechnete DRG A04C, deren OGVD 56 Tage betrage, mit einer Verweildauer von 28 Tagen nicht ausgeschöpft gewesen sei. Dazu erfordere die Erbringung der ambulanten Nachsorgebehandlung/Kontrolluntersuchungen eine hochspezialisierte engmaschige Überwachung und hätte gerade der Strukturen des Krankenhauses bedurft. Die ambulanten Nachsorgeleistungen/Kontrolluntersuchungen seien auch innerhalb der Zeitgrenzen des § 115a Abs. 2 SGB V erfolgt. Der Gesetzgeber habe diese Behandlungen nach einer Organtransplantation der nachstationären Behandlung zugewiesen, was dadurch zum Ausdruck komme, dass nach § 115a Abs. 2 Satz 2 Halbs. 2 SGB V die nachstationäre Frist bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 2 Transplantationsgesetz (TPG) drei Monate betrage. Im vorliegenden Fall sei eine Transplantation von Stammzellen erfolgt. Grundsätzlich könnten diese aus Knochenmark oder – wie im vorliegenden Fall – aus peripherem Blut gewonnen werden. Während aus Knochenmark gewonnene Stammzellen dem TPG unterfielen (Hinweis auf § 8a TPG), unterlägen aus peripherem Blut gewonnene Stammzellen dem Transfusionsgesetz (TFG). Unabhängig von der Art ihrer Gewinnung seien diese Stammzellen aber biologisch gleich. Sie erforderten gleichermaßen umfängliche Begleitleistungen vor und nach der Transplantation, um einen Erfolg zu erzielen und im Anschluss an deren Transplantation gleichermaßen eine hochspezialisierte Überwachung, die komplexe Kenntnisse erforderten, denen eigene Leitlinien gewidmet seien. Mit der Einfügung von § 27 Abs. 1a SGB V durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16.07.2015 habe der Gesetzgeber den Krankenversicherungsschutz auf Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderem Blutbestandteilen i.S. von § 9 TFG ausgeweitet und mit der Gesetzesbegründung eindeutig klargestellt, dass er Organtransplantationen und Stammzelltransplantation hinsichtlich der Vor- und Nachsorge gleichbehandelt wissen wolle (Hinweis auf BT-Drs. 18/4095, S. 73). Hinsichtlich der unter das TFG fallenden Blutstammzelltransplantationen liege insofern eine zweifellos vom Gesetzgeber nicht gewollte Regelungslücke vor. Denn wenn er schon bei der Behandlung von Spendern von Blutstammzellen keine Gründe für eine unterschiedliche Behandlung erkennen könne, bestünden erst recht keine sachlichen Gründe für eine unterschiedliche Behandlung von Empfängern von Stammzellen. Somit würden Kontrolluntersuchungen, die innerhalb der Zeitgrenzen des § 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V erbracht würden, den allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 KHEntgG zugeordnet und seien nur gesondert berechnungsfähig, soweit sie die OGVD der Fallpauschale überschreiten würden. Dies sei hier mangels Ausschöpfung der Fallpauschale nicht gegeben. Die von der Klägerin unter Hinweis auf Rechtsprechung des BSG verfolgte Argumentation mit dem angeblichen Vorrang vertragsärztlicher gegenüber vor- und nachstationären Leistungen sowie der fehlenden Überschneidung von E.-Leistungen nach § 116b SGB V mit Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V verfange nicht. Es komme hier auf das Verbot von Doppelvergütungen bei einer nicht ausgeschöpften Fallpauschale an. Gerade in dieser Konstellation liege aber eine Überschneidung der hier in Rede stehenden Leistungsbereiche vor (u.a. Hinweis auf Urteile des BSG vom 17.07.2013 u. vom 11.09.2019 – B 6 KA 14/12 R u. B 6 KA 6/18 R –). Das Krankenhaus habe von mehreren möglichen und geeigneten Behandlungsalternativen die wirtschaftlichere zu wählen oder das Verbot der Doppelvergütung zu beachten. Auch gehe der Hinweis der Klägerin auf den Bestimmungsbescheid der Bezirksregierung zur Zulassung des Krankenhauses für Leistungen nach § 116b SGB V fehl. Denn dies besage nicht, dass die Klägerin die hiervon erfassten Leistungen ausschließlich nur nach § 116b SGB V zu erbringen habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

**Entscheidungsgründe:**

Die zulässige Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG ist unbegründet. Das SG hat die von der Klägerin im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig erhobene (echte) Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG) im Ergebnis zu Recht abgewiesen, weil sie unbegründet ist. Sie hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung von 2.152,21 € nebst geltend gemachter Zinsen.

Der von der Klägerin begehrte Zahlungsbetrag setzt sich aus Vergütungsansprüchen aufgrund unstreitiger Behandlungsfälle in Höhe von 2.140,01 € sowie eines Teilbetrages von 12,20 € hinsichtlich des streitigen Behandlungsfalles des Versicherten aus der Rechnung vom 00.00.0000 zusammen. Denn die Beklagte hat die Rechnung nur in Höhe eines Teilbetrages von 2.140,01 € (wegen Streichung der Grundpauschale EBM-Ziffer [GOP] 10211) beglichen und später die Aufrechnung i.V.m. mit dem Sammelavis (konsequenterweise) auf einen Betrag in Höhe von 2.140,01 € beschränkt, weil sie sich in dieser Höhe eines Erstattungsanspruchs berühmt. Ferner hat sie bereits im Klageverfahren die für den Fall der Unwirksamkeit der Aufrechnungserklärung erhobene Widerklage auf Zahlung von ursprünglich 2.152,21 € mit Blick auf die ursprüngliche Teilzahlung von „nur“ 2.140,01 € in Höhe des Differenzbetrages von 12,20 € zurückgenommen. Obwohl der eingeklagte Gesamtbetrag ausweislich der ursprünglichen Klagebegründung in erster Linie die Geltendmachung der Vergütung für unstreitige Behandlungsfälle betrifft, ist die Klage in Höhe von 12,20 € nicht schon deshalb unbegründet, weil es sich insoweit noch um einen offenen Betrag aus dem streitigen Behandlungsfall handelt. Hierbei ist maßgeblich, dass der im Berufungsverfahren aufrecht erhaltene und das Begehren bestimmende Antrag auf Zahlung lediglich den Betrag von 2.152,21 € enthält und nicht auf bestimmte Behandlungsfälle bezogen ist.

Der geltend gemachte Zahlungsanspruch der Klägerin besteht in der Sache nicht. Die Aufrechnung der Beklagten verstößt nicht gegen das landesvertragliche Aufrechnungsverbot und ist ordnungsgemäß erklärt worden (unter 1.). Die Beklagte hat in Höhe von 2.140,01 € auch einen Erstattungsanspruch, da dem Anspruch auf Vergütung von Leistungen der E. (§ 116b SGB V) mit Blick auf die Vorrangigkeit nachstationärer Behandlung bei nicht ausgeschöpfter Fallpauschale (§ 115a Abs. 1 und 2 SGB V) und der von ihr ausgehenden Sperrwirkung (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG) das Wirtschaftlichkeitsgebot bzw. die Grundsätze fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens entgegenstehen (unter 2.). Damit besteht auch kein Anspruch in Höhe von 12,20 € aus dem streitigen Behandlungsfall. Über die hilfsweise erhobene Widerklage der Beklagten war demnach nicht zu entscheiden.

1. Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund Behandlung anderer Versicherter der Beklagten zunächst Anspruch auf Vergütung weiterer 2.140,01 € hatte; eine nähere Prüfung des Senats erübrigt sich insoweit (vgl. etwa BSG, Urteil vom 30.07.2019 – B 1 KR 31/18 R –, Rn. 9, juris; BSG, Urteil vom 17.12.2013 – B 1 KR 57/12 R –, Rn. 8, juris, jeweils m.w.N.).

Dieser Vergütungsanspruch (Hauptforderung) ist durch Erfüllung infolge der von der Beklagten erklärten und gemäß § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 387 BGB möglichen Aufrechnung gemäß § 389 BGB erloschen, weil dieser ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Höhe von 2.140,01 € aus dem Behandlungsfall des Versicherten als Gegenforderung zustand. Die Beklagte hat einen Anspruch auf Rückzahlung gegen die Klägerin nach Maßgabe der im Krankenhausvergütungsrecht zwischen den Krankenkassen und Krankenhausträgern geltenden Grundsätzen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs, die an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach §§ 812 ff. BGB treten (vgl. hierzu Urteil des Senats vom 11.05.2017 – L 16 KR 523/14 –, Rn. 20 f., juris). Denn diese Leistung ist rechtsgrundlos erbracht worden.

a) Die von der Beklagten erklärte Aufrechnung ist nicht bereits wegen Verstoßes gegen das (partielle) Aufrechnungsverbot des § 15 Abs. 4 Satz 2 Landesvertrag NRW nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V unwirksam (zur Vereinbarkeit des Aufrechnungsverbotes im Sicherstellungsvertrag NRW außerhalb des Anwendungsbereichs der Prüfverfahrensvereinbarung < PrüfvV > mit höherrangigem Recht ausf. BSG, Urteil vom 11.05.2023 – B 1 KR 14/22 R –, Rn. 18 ff., juris). Zwar steht der grundsätzlichen Geltung des landesvertraglichen Aufrechnungsverbots nicht § 9 PrüfvV 2014 entgegen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 30.07.2019 – B 1 KR 31/18 R –, Rn. 26, juris), weil die PrüfvV auf den streitigen Behandlungsfall aus dem Jahr 2013 bereits keine Anwendung findet (s. § 12 Abs. 1 PrüfvV 2014). Es kann deshalb auch dahinstehen, ob die PrüfvV 2014 ausweislich ihres auf gutachtliche Stellungnahmen zur „Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V“ beschränkten Geltungsbereichs (§ 2 Abs. 1) überhaupt Leistungen der E. nach dem zum 01.01.2012 in Kraft getretenen § 116b SGB V erfasst hat. Das (partielle) Aufrechnungsverbot des § 15 Abs. 4 Satz 2 Landesvertrag NRW greift schon grundsätzlich nicht bei „überzahlte(n) Beträge(n)“ ein, die auf Vergütung von Leistungen der E. nach § 116b SGB V bezogen sind. Wie die Beklagte zu Recht eingewandt hat, regelt der schon seit längerem gekündigte, aber weiterhin anwendbare Landesvertrag NRW nach dessen § 1 Abs. 1 die allgemeinen Bedingungen einer Krankenhausbehandlung, „soweit sie gemäß § 39 Abs. 1 SGB V vor- und nachstationär, teilstationär sowie vollstationär erbracht wird“. Bei der E. nach § 116b SGB V handelt es sich jedoch nicht um Krankenhausbehandlung i.S.d. § 39 SGB V, sondern um einen vom Gesetzgeber bewusst als sektorenverbindend und die bislang strikte Trennung von stationärer und ambulanter

Behandlung teilweise aufhebend konzipierten Versorgungsbereich (s. Begr. BT-Drs. 17/6906, S. 44 f; Köhler-Hohmann, in: Schlegel/Voelzke, juris-PK-SGB V, 4. Aufl., § 116b (Stand: 15.06.2020), Rn. 32, 77 f.). Derartige Leistungen sind – wie alle vom Krankenhaus nach Maßgabe der §§ 115b, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V ambulant erbringbaren Leistungen – nach dem insoweit eindeutigen Wortlaut des § 1 Abs. 1 nicht vom Landesvertrag NRW erfasst, erst recht nicht die für die Geltung des Aufrechnungsverbots maßgebliche Gegenforderung/Aktivforderung. Ohne dass es insoweit noch darauf ankommt, hat die Beklagte auch zutreffend ausgeführt, dass es den Vertragsparteien auf Landesebene zudem an der nach § 112 SGB V erforderlichen Regelungskompetenz für die Modalitäten zur Vergütung der Leistungen nach § 116b SGB V fehlt, da diese nach der speziellen Regelung des § 116b Abs. 6 Satz 2 ff. SGB V ausschließlich auf Bundesebene dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zukommt. Dies ist dem Ziel der Einführung einer einheitlichen und an den Besonderheiten der teamorientierten spezialfachärztlichen Behandlungsweise in der E. orientierten Vergütungsstruktur geschuldet (s. Blöcher, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: Februar 2023, § 116b Rn. 86 unter Hinweis auf Begr. BT-Drs. 17/6906, S. 83). Hier kann insoweit nichts anderes gelten als im Bereich des ambulanten Operierens nach § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, bei dem die Vertragskompetenz ebenfalls allein den genannten Parteien auf Bundesebene obliegt (s. Hencke, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, SGB V, 19. Aufl. (Stand: August 2023), § 115b Rn. 2, 5). Dazu kommt, dass auch die unstreitigen (Haupt-)Forderungen der Klägerin nach den unwidersprochen gebliebenen Ausführungen der Beklagten aus ambulanten Leistungen resultieren, da diese nach den maßgebenden Vereinbarungen zur Datenübermittlung nach § 301 SGB V (Durchführungshinweise Nr. 1.2.8.1) einen eigenen Nachrichtentyp bilden und daher bereits in technischer Hinsicht nur Forderungen aus diesen Behandlungen gegeneinander aufgerechnet werden können.

b) Die Beklagte hat die von ihr geltend gemachte Gegenforderung (Erstattungsanspruch in Höhe von 2.140,01 €) nach Maßgabe der §§ 387 ff. BGB mit unstreitigen Behandlungsfällen der Klägerin unter Berücksichtigung der im Krankenhausvergütungsrecht geltenden Besonderheiten auch ordnungsgemäß aufgerechnet. Die Aufrechnung erfolgt nach § 388 Satz 1 BGB durch Erklärung gegenüber dem anderen Teil. Sie setzt voraus, dass sowohl die Passiv- als auch die Aktivforderung – wenn auch im Wege der Auslegung (§ 133 BGB) – hinreichend konkret bezeichnet werden. Die Erklärung braucht nicht ausdrücklich abgegeben zu werden, es genügt die klare Erkennbarkeit des Aufrechnungswillens, selbst wenn der wirkliche Wille nur unvollkommen oder andeutungsweise aus der Erklärung erkennbar wird. Dabei ist auf den für die Auslegung von Willenserklärungen maßgebenden objektiven Empfängerhorizont abzustellen (BSG, Urteil vom 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R –, Rn. 12, juris, m.w.N.). Die Beklagte hat mit Schreiben vom 10.09.2015 und 22.10.2015 die Verrechnung des ausdrücklich genannten Betrages von 2.140,01 € mit unstreitigen Forderungen der Klägerin angekündigt und zusammen mit dem zeitnah erstellten Zahlungsavis vom 06.11.2015 zumindest konkludent wirksam erklärt. Denn in dem Zahlungsavis waren die Hauptforderungen sowie die Gegenforderung namentlich (mit Beleg- und Rechnungsnummer) aufgeführt und in die Sammelüberweisung eingestellt. Auch ist mit den Schreiben der Beklagten vom 10.09.2015 und 22.10.2015 deren Aufrechnungswille für die Klägerin als verständige Adressatin dieser Erklärung (§ 133 BGB) hinreichend deutlich geworden. Das BSG hat diese Vorgehensweise, insbesondere auch, dass die Erstattungsforderung – wie hier – als Negativposten ausgewiesen ist, in Verbindung mit den erläuternden Schreiben der Krankenkasse, in welcher der Aufrechnungswille eindeutig zum Ausdruck gebracht wird, gebilligt und hierbei insbesondere betont, dass derartige Sammelabrechnungen im Abrechnungsverhältnis zwischen den Beteiligten „geschäftsüblich“ sind (s. BSG, Urteil vom 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R –, Rn. 13, juris). Hiergegen hat die Klägerin auch keine Einwände erhoben, sondern ist ausweislich der Klageschrift sowie ihres sonstigen Vortrages von einer Aufrechnungserklärung der Beklagten ausgegangen, die sie lediglich vor dem Hintergrund des § 15 Abs. 4 Satz 2 Landesvertrag NRW für unwirksam gehalten hat. Auch der Umstand, dass aus dem langen Zahlungsavis nicht entnommen werden kann, gegen welche der dort aufgeführten Hauptforderungen die Beklagte mit ihrem Erstattungsanspruch konkret aufgerechnet hat, ist unschädlich und ändert nichts an der hinreichenden Bestimmtheit der Aufrechnungserklärung. Denn hat der aufrechnende Teil bei einer Mehrheit von Forderungen keine Bestimmung bzw. Tilgungsreihenfolge festgelegt (§ 396 Abs. 1 Satz 1 BGB), ergibt sich die Reihenfolge der Tilgung in entsprechender Anwendung des § 366 Abs. 2 BGB nach dem vermuteten, vernünftigen Beteiligtenwillen (BSG, Urteil vom 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R –, Rn. 14, juris).

2. Die Beklagte hat gegen die Klägerin einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch als wirksam zur Aufrechnung gebrachte Gegenforderung aus dem streitigen Behandlungsfall des Versicherten in Höhe von 2.140,01 €, weil sie diesen Betrag rechtsgrundlos geleistet hat. Ebenso fehlt es an einem Anspruch der Klägerin auf die restliche Vergütung in Höhe von 12,20 € aus dem streitigen Behandlungsfall. Die am 00.00.0000 sowie in der Zeit vom 00.00.0000 bis 00.00.0000 bei dem Versicherten durchgeführten Nachsorge- und Kontrolluntersuchungen im Vorfeld bzw. Anschluss an die vollstationär vom 00.00.0000 bis 00.00.0000 durchgeführte Stammzelltransplantation waren nicht gesondert als E. nach Maßgabe des übergangsweise gemäß § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V geltenden EBM zu vergüten. Dem steht entgegen, dass die Behandlungen des Versicherten als vor- bzw. nachstationäre Behandlung (§ 115a Abs. 1 und 2 SGB V) hätten durchgeführt werden können (unter a). Diese hätten sich vor dem besonderen Hintergrund der hier nicht ausgeschöpften Fallpauschale und dem auch im Verhältnis von § 115a SGB V zu § 116b SGB V geltenden Verbot der Doppelvergütung aufgrund der eingetretenen Sperrwirkung durch die aus der vollstationären Behandlung resultierende Fallpauschale (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG) als wirtschaftlicher erwiesen und vom Krankenhaus nach den Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens beachtet werden müssen. Eine vor- bzw. nachstationäre Behandlung wäre im vorliegenden Fall durch die Fallpauschale (hier DRG A04C) abgedeckt worden und hätte keinen gesonderten Vergütungsanspruch ausgelöst. Dies muss auch für Leistungen nach § 116b SGB V gelten, soweit dasselbe Krankenhaus die beiden in Rede stehenden Leistungen hätte erbringen dürfen und können (unter b.).

a) Das klagende Krankenhaus hat bei dem Versicherten Leistungen der E. nach § 116b SGB V abgerechnet und ist für deren Erbringung ausweislich der Bescheide der W. vom 26.02.2010 auch zugelassen. Diese Leistungen hätten jedoch auch als vorstationäre (am 00.00.0000) oder nachstationäre (00.00.0000 bis 00.00.0000) Behandlungen erbracht werden können. Nach § 115a Abs. 1 Satz 1 SGB V (hier in der unverändert seit dem 01.08.2012 geltenden Fassung vom 21.07.2012) kann 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 vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung

begrenzt (§ 115a Abs. 2 Satz 1 SGB V). Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 2 TPG drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten (§ 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V). Hinsichtlich der Vergütung gilt Folgendes: Nach § 1 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG (hier in der vom 25.03.2009 bis 31.12.2015 gültigen Fassung vom 17.03.2009) wird die vor- und nachstationäre Behandlung für alle Benutzer einheitlich nach § 115a SGB V vergütet. Eine gewichtige Einschränkung ergibt sich aus § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG (hier in den vom 01.01.2013 bis 31.07.2013 und vom 01.08.2013 bis 17.10.2014 gültigen Fassungen vom 21.07.2012 und vom 15.07.2013*)*. Danach darf zusätzlich zu einer Fallpauschale berechnet werden: eine nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt; eine vorstationäre Behandlung ist neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar. Ist die OGVD durch die Summe der o.a. Tage nicht überschritten, deckt die Fallpauschale für die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen (§§ 2, 7 KHEntgG) auch die einzubeziehenden vor- und nachstationären Behandlungen mit ab, sie sind also durch die Fallpauschale abgegolten (BSG, Urteil vom 17.09.2013 – B 1 KR 51/12 R –, Rn. 12, juris; s. auch BSG, Urteil vom 17.07.2013 – B 6 KA 14/12 R –, Rn. 19, juris).

Hier hat die Klägerin für den 00.00.0000 die EBM-Ziffer 25214 (Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung in Höhe von 9,02 €) angesetzt. Soweit an diesem Tag ein Aufklärungs- oder Vorgespräch im Hinblick auf die am 00.00.0000 begonnene vollstationäre Behandlung stattgefunden hat, hätte dies im Anschluss an die nachvollziehbaren gutachtlichen Feststellungen des V., denen auch die Klägerin nicht entgegengetreten ist, erkennbar der Vorbereitung dieser vollstationären Krankenhausbehandlung gedient und damit als vorstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (wegen des einen Tages auch innerhalb der Zeitgrenze des § 115a Abs. 2 Satz 1 SGB V) erbracht werden können. Ferner hat der V. in seinem Gutachten vom 03.02.2021 von der Klägerin unwidersprochen festgestellt, dass eine Ganzkörperbestrahlung des Versicherten vom 09.07.2013 bis 11.07.2013 erfolgt ist, d.h. während des vollstationären Aufenthalts. Schon aus diesem Grund durfte die EBM-Ziffer 25214, die eine Leistung nach erfolgter strahlentherapeutischer Behandlung vergütet, – ungeachtet des Eingreifens der Vergütungssperre des § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG (s. sogleich) – selbst bei Vorliegen eines Vergütungsanspruchs nach Maßgabe des § 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V von der Klägerin nicht abgerechnet werden.

Bei den ambulanten Behandlungen des Versicherten im Zeitraum vom 00.00.0000 bis 00.00.0000 hat es sich um Nachsorgebehandlungen/Kontrolluntersuchungen an 11 Behandlungstagen im Anschluss an die in der Zeit vom 00.00.0000 bis 00.00.0000 vollstationär durchgeführte Stammzelltransplantation gehandelt. Nach den Feststellungen des V., deren Richtigkeit die Klägerin zu keinem Zeitpunkt bestritten hat und die sich der Senat zu Eigen macht, dienten die ambulanten Nachsorgebehandlungen bzw. Kontrolluntersuchungen bei dem Versicherten im Anschluss an die vollstationäre Krankenhausbehandlung objektiv der Sicherung und Festigung des Behandlungserfolges i.S. einer nachstationären Behandlung gemäß § 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V. Deren Erbringung bedurfte der Strukturen des Krankenhauses, weil sie eine hochspezialisierte engmaschige Überwachung erforderten, also ein „medizinisch geeigneter Fall“ waren (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17.09.2013 – B 1 KR 51/12 R –, Rn. 16, juris). Solche ambulanten Behandlungen im Nachgang zu einer Transplantation sind, wie insbesondere § 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V verdeutlicht, geradezu ein Musterbeispiel für eine nachstationäre Behandlung im Krankenhaus.

Ferner sind die ambulanten Nachsorgeleistungen bzw. Kontrolluntersuchungen auch innerhalb der Zeitgrenzen des § 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V erfolgt. Soweit die ersten vier (von insgesamt 11) Behandlungstage in Rede stehen, ist bereits § 115a Abs. 2 Satz 2 Halbs. 1 SGB V mit seiner Begrenzung der nachstationären Behandlung auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen erfüllt, da die vier ersten Behandlungstage innerhalb dieser Frist liegen. Ansonsten, d.h. auch für die übrigen Behandlungstage, liegt hier ein Fall des § 115a Abs. 2 Satz 2 Halbs. 2 SGB V vor, wonach bei Organübertragungen nach § 9 Abs. 2 TPG drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschritten werden dürfen. Nach dem Wortlaut sowie der Binnensystematik der Regelung ist die Zahl der Behandlungstage innerhalb der Drei-Monats-Frist nicht auf sieben Behandlungstage begrenzt; letzteres gilt nur für die 14-Tage-Frist. Hätte der Normgeber auch bei § 115a Abs. 2 Satz 2 Halbs. 2 SGB V eine Begrenzung auf bestimmte Behandlungstage gewollt, hätte er – wie bei § 115a Abs. 2 Satz 2 Halbs. 1 SGB V – der Frist eine Zahl von Behandlungstagen vorangestellt. Der Gesetzgeber hat den Fall der Organübertragungen vor dem Hintergrund bestehender medizinischer Besonderheiten damit erkennbar eigenständig regeln und ihn dadurch im Verhältnis zu anderen (unbenannten) nachstationären Behandlungen privilegieren wollen. Dem entspricht auch die Gesetzesbegründung zu § 115a Abs. 2 Satz 2 Halbs. 2 SGB V, wonach in den ersten drei Monaten nach der Transplantation die Gefahr plötzlich auftretender Komplikationen, insbesondere der Abstoßung des Transplantates und anderer schwerwiegender gesundheitlicher Störungen besteht. Dies macht eine engmaschige Überwachung durch die transplantierenden, dafür besonders qualifizierten Krankenhausärzte erforderlich, damit solche Gefahren rechtzeitig erkannt und durch geeignete Maßnahmen abgewendet werden können (so BT-Drs. 13/4355, S. 32). Diesem gesetzgeberischen Zweck würde es erkennbar zuwiderlaufen, eine nachstationäre Behandlung innerhalb von drei Monaten durch eine vergleichsweise kurze Frist von sieben Behandlungstagen zu begrenzen. Dem könnte auch nicht durch eine Verlängerung in medizinisch begründeten Einzelfällen nach § 115a Abs. 2 Satz 3 SGB V begegnet werden, da diese sich nur auf die Fristen von 14 Tagen oder drei Monaten bezieht, nicht aber auf die Anzahl der Behandlungstage.

Auch in der Sache waren die Voraussetzungen des § 115a Abs. 2 Satz 2 Halbs. 2 SGB V im streitigen Behandlungsfall des Versicherten gegeben. So lag der ambulanten Behandlung eine Transplantation von Stammzellen zu Grunde, die aus dem peripheren Blut des Spenders gewonnen wurden. Anders als Stammzellenspenden aus dem entnommenen Knochenmark, welches als Gewebe i.S.d. § 1 Abs. 2, § 1a Nr. 4 TPG ausweislich der §§ 8, 8a TPG dem TPG unterliegt, gilt das TPG nach dessen § 1 Abs. 3 Nr. 2 allerdings nicht für Blut und Blutbestandteile. Vielmehr gilt u.a. für hämatopoetische Stammzellen aus peripherem Blut das TFG, s. § 9 TFG. Dies hätte bei strenger Wortlautauslegung des § 115a Abs. 2 Satz 2 Halbs. 2 SGB V zur Folge, dass eine nachstationäre Behandlung im Zuge einer Stammzelltransplantation, bei der die Stammzellen aus Knochenmark gewonnen wurden, unter die besondere – längere – Zeitgrenze dieser Regelung fallen würde, während dies bei einer Stammzelltransplantation, deren Stammzellen aus peripherem Blut gewonnen wurden, nicht der Fall wäre, obwohl es sich in medizinischer Hinsicht um einen nahezu identischen Fall handelt, da nur die Herkunft der vom Spender gewonnenen Stammzellen unterschiedlich ist. Der Senat hält eine erweiternde Auslegung des § 115a Abs. 2 Satz 2 Halbs. 2 SGB V mit der Folge einer Anwendung auch

auf Fälle einer Separation von hämatopoetischen Stammzellen aus peripherem Blut (oder anderem Blutbestandteilen) i.S.d. TFG für geboten, weil es erkennbar an einem sachlichen Grund für die unterschiedliche Behandlung dieser beiden Sachverhalte im Recht der Leistungserbringung fehlt und dies auch für das Behandlungsjahr 2013 gilt. Im Bereich des Leistungsrechts hat der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 16.07.2015 auf diese Ungleichbehandlung zum Nachteil von Lebendspendern reagiert, indem er mit § 27 Abs. 1a SGB V die krankenversicherungsrechtliche Absicherung dieses Personenkreises auch auf Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderem Blutbestandteilen im Sinne von § 9 TFG erweiterte. Allerdings hat dies in § 115a Abs. 2 SGB V bislang keinen Niederschlag gefunden. Auch sind die Gesetzesmaterialien zu § 115a Abs. 2 SGB V in der ab dem 01.12.1997 geltenden Fassung des TPG (BT-Drs. 13/4355 v. 16.04.1996, S. 32) unergiebig, weil das TFG in seiner ursprünglichen Fassung erst ab dem 07.07.1998 in Kraft getreten ist und in der Begründung dementsprechend keine Erwähnung findet. Es bleibt demzufolge auf den ersten Blick unklar, ob die Nichtberücksichtigung von Stammzelltransplantationen, bei denen die Stammzellen aus peripherem Blut oder anderen Blutbestandteilen gewonnen wurden, in § 115a Abs. 2 Satz 2 Halbs. 2 SGB V auf einer bewussten Entscheidung des Gesetzgebers (für den es nicht den geringsten Hinweis gibt) oder – wovon der Senat ausgeht (s. sogleich) – auf einem schlichten Versehen beruht. Hieraus den Schluss zu ziehen, dass eine Anwendung des § 115a Abs. 2 Satz 2 Halbs. 2 SGB V auf Spender und Empfänger von Blutstammzellen ohne gesetzliche Klarstellung schwerlich in Betracht kommen würde (so Steege, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: November 2017, § 115a Rn. 23), hält der Senat jedoch für verfehlt, insbesondere, wenn man die Gesetzesbegründung zur Änderung des § 27 Abs. 1a SGB V im Entwurf zum GKV-Versorgungstärkungsgesetz heranzieht (BT-Drs. 18/4095, S. 56, 73). Dort heißt es:

„Durch das Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21. Juni 2012 wurde die Absicherung von Lebendspendern durch Änderungen des Dritten, Fünften, Sechsten, Siebenten und Elften Buches Sozialgesetzbuch, des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte sowie des Entgeltfortzahlungsgesetzes umfassend geregelt und deutlich verbessert. Durch Änderungen wird im Sinne auch schon der damaligen Intention des Gesetzgebers klargestellt, dass die zur Absicherung der Lebendspender von Organen oder Geweben erfolgten Verbesserungen auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen wie Granulozyten im Sinne des § 9 des Transfusionsgesetzes gelten.“

Weiterhin heißt es:

„Die genannten Regelungen sollen auch für Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 des Transfusionsgesetzes Anwendung finden. Es ist nicht ersichtlich, warum Spenden von Blutstammzellen oder auch anderen Blutbestandteilen wie Granulozyten aus einer peripheren Blutspende, die vom Geltungsbereich des Transfusionsgesetzes erfasst werden, anders behandelt werden sollen als Stammzellspenden aus dem Knochenmark, die den Regelungen der § 8 und § 8a des Transplantationsgesetzes unterfallen. Es wird deshalb ausdrücklich bestimmt, dass die unterschiedlichen Spendevorgänge gleichermaßen von den gesetzlichen Regelungen erfasst werden. Dies entspricht auch der schon bestehenden Auslegung und Praxis der Krankenkassen.“

Wenn somit die Einbeziehung von Lebendspendern von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen in den Krankenversicherungsschutz damit stets der Intention des Gesetzgebers und der schon vor 2015 bestehenden Auslegung und Praxis der Krankenkassen entsprochen hat, ist eine erweiternde Auslegung des § 115a Abs. 2 Satz 2 Halbs. 2 SGB V auch für Behandlungsfälle vor Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes, also auch für den vorliegenden Fall aus dem Jahr 2013, nicht nur gerechtfertigt, sondern zur Abwendung eines Verstoßes gegen Art. 3 Abs. 1 GG geboten. Zwar ist § 115a Abs. 2 Satz 2 SGB V dem Leistungserbringerrecht zuzuordnen und nicht stets zwingend von einer Spiegelbildlichkeit von Leistungsrecht und Leistungserbringerrecht in der GKV auszugehen. Jedoch dient die dem Krankenhaus eingeräumte Möglichkeit einer nachstationären Behandlung gerade im Bereich der Transplantation erkennbar dem Patientenschutz. So wird in der Gesetzesbegründung zu § 115a Abs. 2 SGB V ausgeführt, dass in den ersten drei Monaten nach der Transplantation die Gefahr plötzlich auftretender Komplikationen, insbesondere der Abstoßung des Transplantates und anderer schwerwiegender gesundheitlicher Störungen, besteht. Dies macht eine engmaschige Überwachung durch die transplantierenden, dafür besonders qualifizierten Krankenhausärzte erforderlich, damit solche Gefahren rechtzeitig erkannt und durch geeignete Maßnahmen abgewendet werden können (BT-Drs. 13/4355, S. 32). Nichts anderes gilt auch für eine Stammzelltransplantation, bei der die Stammzellen durch peripheres Blut gewonnen werden. Entscheidend kann deshalb nicht die Art oder Methode sein, wie die Stammzellen gewonnen werden, sondern wie sich das Krankheitsgeschehen der betroffenen Patienten – die von der Entnahme beim Spender gar nicht betroffen sind – nach erfolgter vollstationärer Stammzelltransplantation entwickelt. Auch spricht das Gesetz insoweit folgerichtig von „Übertragung“ statt „Entnahme“. Dies erfordert, wie auch die Beklagte zu Recht geltend macht, gleichermaßen umfängliche Begleitleistungen vor und nach der Transplantation, um einen Erfolg zu erzielen und im Anschluss an die Transplantation gleichermaßen eine hochspezialisierte Überwachung. Auch die DRG-Fallpauschalen A04A bis A04E für Stammzelltransplantationen differenzieren nicht danach, ob die Stammzellen aus peripherem Blut oder Knochenmark gewonnen werden, sondern gelten bei einer Übertragung von Stammzellen unabhängig davon, ob deren Gewinnung oder Übertragung dem TPG oder TFG unterliegt. Ferner ist die hämatopoetische Stammzelltransplantation von § 4 Abs. 1 Satz 1 FPV (2013) unabhängig von ihrer Gewinnung aus Knochenmark oder peripherem Blut erfasst und werden die allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 KHEntgG mit der Fallpauschale vergütet. Nach alledem hätte die Behandlung des Versicherten im streitigen Zeitraum vom 00.00.0000 bis 00.00.0000 als nachstationäre Behandlung gemäß § 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 2, Abs. 2 Satz 2 Halbs. 2 SGB V durchgeführt werden können.

b) Die Klägerin ist nach den Grundsätzen des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens so zu stellen, als hätte sie die streitigen Behandlungen des Versicherten als vor- (00.00.0000) und nachstationäre Behandlung (00.00.0000 bis 00.00.0000) gemäß § 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V durchgeführt. Die von der Klägerin für die vollstationäre Behandlung des Versicherten vom 00.00.0000 bis 00.00.0000 angesteuerte DRG (2013) A04C hatte eine OGVD von 56 Tagen, die mit der Verweildauer des Versicherten von 28 Tagen nicht ausgeschöpft wurde. Zusammen mit den vor- und nachstationären Behandlungstagen wurde die Grenzverweildauer der Fallpauschale nicht

überstiegen. Dies hätte wiederum zur Folge gehabt, dass sämtliche im Krankenhaus der Klägerin durchgeführten vor- und nachstationären Behandlungen nach § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG nicht zusätzlich zu der Fallpauschale hätten berechnet werden dürfen, also mit der Fallpauschale abgegolten waren. Entgegen dem Vorbringen der Klägerin gilt dies auch bei einer von demselben Krankenhaus stattdessen erbrachten und abgerechneten Leistung der E. nach § 116b SGB V. Diese kann bei einer – wie hier – möglichen vor- und insbesondere nachstationären Behandlung, die nicht zur Ausschöpfung einer Fallpauschale führt und von der mit Blick auf § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG eine Sperrwirkung ausgeht, nicht abgerechnet werden.

Das BSG nimmt nach ständiger Rechtsprechung einen Vergütungsanspruch nach Maßgabe eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens für den Fall an, dass das Krankenhaus von zwei gleichermaßen zweckmäßigen und notwendigen Behandlungsalternativen die unwirtschaftliche gewählt hat. Denn der Nachweis der Wirtschaftlichkeit erfordert, dass bei Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten die Kosten für den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher sind (s. nur BSG, Urteil vom 26.04.2022 – B 1 KR 5/21 R –, Rn. 17, juris m.w.N.). Die Wirtschaftlichkeit einer Krankenbehandlung beurteilt sich bezogen auf das jeweilige nach § 27 SGB V zulässige Behandlungsziel nach ihrer Eignung, ihrem Ausreichen und ihrer Notwendigkeit aus allein medizinischen Gründen sowie bei mehreren gleich geeigneten, ausreichenden und notwendigen Behandlungen nach ihren Kosten für die Krankenkasse (BSG, Urteil vom 26.04.2022 – B 1 KR 5/21 R –, Rn. 18, juris; vgl. auch BSG, Urteil vom 10.03.2015 – B 1 KR 2/15 R –, Rn. 22 ff, juris). Der erkennende Senat folgt dieser Rechtsprechung.

Das BSG hat einen Vergütungsanspruch auf der Grundlage eines fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens bislang bei überlanger Behandlungsdauer (BSG, Urteil vom 30.06.2006 – B 1 KR 24/08 R), unwirtschaftlichem Fallsplitting (vgl. nur BSG, Urteil vom 27.10.2020 – B 1 KR 9/20 R –, Rn. 13 ff., juris), Auswahl einer gleich geeigneten und ausreichenden, aber nicht erforderlichen erlösrelevanten Behandlungsvariante (BSG, Urteil vom 10.03.2015 – B 1 KR 2/15 R –, Rn. 19, juris), der stationären Durchführung einer Operation anstelle der ausreichenden ambulanten Operation (s. BSG, Urteil vom 18.09.2008 – B 3 KR 22/07 R –, Rn. 12 ff., juris), der Durchführung einer zweckmäßigen, aber nicht erforderlichen vollstationären Behandlung anstelle einer zweckmäßigen, erforderlichen und ausreichenden teilstationären Behandlung (BSG, Urteil vom 26.04.2022 – B 1 KR 5/21 R –, Rn. 20 ff, juris) sowie bei einer zusätzliche Kosten auslösenden ambulanten Krankenhausbehandlung anstelle der mit der Fallpauschale abgegoltenen nachstationären Krankenhausbehandlung (BSG, Urteil vom 19.04.2016 – B 1 KR 23/15 R –, Rn. 13 ff., juris; dort eine als ambulante Operation nach § 115b SGB V abgerechnete Portimplantation) bejaht.

Gerade vor dem Hintergrund der letztgenannten Entscheidung des BSG hält es der Senat für geboten, die dort aufgestellten Grundsätze zum Verhältnis einer ambulanten Operation im Krankenhaus zu einer – wirtschaftlicheren – nachstationären Behandlung auf die hier vorliegende Konstellation einer als E. nach § 116b SGB V abgerechneten ambulanten Behandlung im Verhältnis zu einer vor- und nachstationären Behandlung nach § 115a SGB V zu übertragen. Das BSG hat zur ambulanten Krankenhausbehandlung (Portimplantation als AOP-Leistung nach § 115b SGB V) anstelle einer nachstationären Behandlung ausgeführt, dass zwar grundsätzlich nachstationäre Behandlung nicht erforderlich ist, wenn stattdessen vertragsärztliche Versorgung ausreicht (BSG, Urteil vom 19.04.2016 – B 1 KR 23/15 R –, Rn. 14, juris; vgl. auch BSG, Urteil vom 17.09.2013 – B 1 KR 51/12 R –, Rn.19 ff., juris, st. Rspr.). Jedoch ist nach dem BSG das Verbot von Doppelvergütungen mit Blick auf bereits durch Fallpauschalen vergütete Krankenhausleistungen zu beachten. Es wirkt danach in den Sonderkonstellationen, in denen eine Behandlung nachstationär – und nicht im Rahmen einer gesondert zu vergütenden ambulanten Operation – erbracht werden darf, weil diese Behandlung durch eine nicht ausgeschöpfte Fallpauschale für das Krankenhaus vergütet wird und damit die vom Gesetzgeber nicht gewollten Doppelzahlungen vermeidet. Insoweit findet keine weitere Vergütung der Krankenhausleistung über die vorgesehene Fallpauschale hinaus statt, insbesondere keine Vergütung einer ambulanten Operation. Die Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung durch die Fallpauschale entfaltet insoweit eine Sperrwirkung. Sie verhindert eine doppelte Vergütung. Hierzu käme es bei einer separaten Vergütung als ambulante Operation, da eigenständige Mittel für ambulante Operationen bereitzustellen sind (so BSG, Urteil vom 19.04.2016 – B 1 KR 23/15 R –, Rn. 15, juris). Diese Rechtsprechung des 1. Senats entspricht auch den Grundsätzen des für das Vertragsarztrecht zuständigen 6. Senats des BSG, auf die der 1. Senat in der o.a. Entscheidung ausdrücklich Bezug genommen hat. Denn der 6. Senat hat entschieden, dass einem Krankenhausarzt eine Ermächtigung nach § 116 SGB V nicht für Leistungen erteilt werden kann, die das Krankenhaus unter seiner Verantwortung als nachstationäre Behandlung erbringen könnte und die von der Fallpauschale für den stationären Behandlungsfall erfasst werden. Der mit der nach Maßgabe des § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG bereits mit der Fallpauschale abgegoltenen Leistung dürfe kein Honorar aus der vertragsärztlichen Vergütung zugefügt werden, an dem das Krankenhaus über § 120 Abs. 1 SGB V partizipieren würde. Damit würde der vom Gesetzgeber beabsichtigte Kostendämpfungseffekt nicht eintreten und eine gerade zu vermeidende Doppelzahlung erfolgen (BSG, Urteil vom 17.07.2013 – B 6 KA 14/12 R –, Rn. 14 ff., 19, juris; vgl. auch BSG, Urteil vom 11.09.2019 – B 6 KA 6/18 R –, Rn. 24 f., juris). Diese Grundsätze sind auf die hier vorliegende Konstellation einer als Leistung der E. nach § 116b SGB V abgerechneten Behandlung anstelle einer nach Maßgabe des § 115a SGB V erbringbaren vor- und nachstationären Behandlung zu übertragen, soweit durch die aufgrund der nicht ausgeschöpften Fallpauschale eintretende Sperrwirkung des § 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG auch in diesem Fall eine Doppelzahlung vermieden wird.

Die von der Klägerin hiergegen erhobenen Einwände überzeugen nicht. Sie macht insbesondere geltend, dass es sich bei der Leistung nach § 116b SGB V – anders als bei Leistungen nach §§ 115a, 115b SGB V – nicht um Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V handele, sondern um eine vom Gesetzgeber bewusst als eigenständiger Leistungssektor ausgestaltete Form ambulanter Behandlung. Diese Bereiche würden sich daher nicht überschneiden. Damit gelte der von der Rechtsprechung des BSG vertretene Grundsatz, dass die vor- und nachstationäre Behandlung gegenüber ambulanter, vertragsärztlicher Behandlung nachrangig sei.

Diese Argumentation greift zu kurz. Zwar trifft es zu, dass es sich bei der Leistung nach § 116b SGB V nicht um Krankenhausbehandlung i.S.d. § 39 SGB V handelt, anders als die vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a SGB V (s. hierzu BSG, Urteil vom 17.09.2013 – B 1

KR 51/12 R –, Rn. 21, juris). Daraus folgt jedoch keineswegs, dass die Grundsätze des fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens auf das Verhältnis einer Leistung nach § 116b SGB V anstelle einer solchen nach § 115a SGB V keine Anwendung finden. Diese Grundsätze wurzeln im Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs. 1 SGB V), das nach ständiger Rechtsprechung des BSG für alle Leistungsbereiche des SGB V und somit uneingeschränkt auch im Leistungserbringerrecht gilt (BSG, Urteil vom 10.03.2015 – B 1 KR 2/15 R –, Rn. 15, juris; BSG, Urteil vom 10.03.2015 – B 1 KR 3/15 R –, Rn. 23, juris). Soweit die Grundsätze nur innerhalb desselben Vergütungsverhältnisses Anwendung finden (s. BSG, Urteil vom 25.06.2024 – B 1 KR 12/23 R –, Rn. 34, juris), ist dies im vorliegenden Fall gegeben, da die Leistungen der E. nach § 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V ebenso wie Behandlungen nach § 115a SGB V unmittelbar von der Krankenkasse vergütet werden. Mit der vom Gesetzgeber initiierten Öffnung des ambulanten Bereichs für die Krankenhäuser (§§ 115b, 116b, 117, 118, 119, 120 Abs. 1a SGB V) einschließlich der E. ist eine Relativierung oder gar Aufhebung des Wirtschaftlichkeitsgebots gerade nicht einhergegangen und ein diesbezüglicher Wille des Gesetzgebers, der sich in entsprechenden Regelungen auf gesetzlicher oder untergesetzlicher Ebene niedergeschlagen hätte, auch nicht ersichtlich. Damit gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot als mit § 12 Abs. 1 SGB V „vor die Klammer gezogener“ Grundsatz auch sektorenübergreifend und findet daher auch bei Leistungen der E. nach § 116b SGB V Berücksichtigung. Ebenso gilt der von der Klägerin hervorgehobene Grundsatz des Vorrangs ambulanter vor stationären (auch nachstationären) Leistungen mit der von ihr reklamierten Rechtsfolge eines Vergütungsanspruchs nach § 116b SGB V zumindest in der hier vorliegenden (Sonder-)Konstellation einer alternativ erbringbaren nachstationären Behandlung mit nicht ausgeschöpfter Fallpauschale und hieraus folgender Sperrwirkung (§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntgG) gerade nicht. Genau dies ist die Essenz des Urteils des BSG vom 19.04.2016 – B 1 KR 23/15 R –, das den Grundsatz des Vorrangs vertragsärztlicher Versorgung vor einer nachstationären Behandlung zwar ausdrücklich erwähnt (Rn. 14, juris), aber in dieser Sonderkonstellation mit der (vollständigen) Abgeltung der als nachstationäre Behandlung erbringbaren Leistung durch die Fallpauschale den Aspekt der Verhinderung einer Doppelvergütung in den Vordergrund rückt (s. Rn. 15, juris). Nichts anderes kann für das Verhältnis von Leistungen der E. anstelle vor- und nachstationärer Behandlungen gelten, soweit letztere – wie hier – wirtschaftlicher erbringbar sind, abgesehen davon, dass es sich bei der E. gerade nicht um vertragsärztliche Versorgung handelt, sondern um ein eigenständiges sektorenübergreifendes Versorgungssystem (s.o.). Auch zeigt die Möglichkeit einer Doppelvergütung, dass beide Versorgungsbereiche sich sehr wohl überschneiden können, auch wenn nur ein Bereich (in Form der nachstationären Behandlung) Krankenhausbehandlung i.S.d. § 39 SGB V darstellt. Denn wenn eine Vergütung von Leistungen nach § 116b SGB V erfolgt, die im Falle nachstationärer Behandlung bereits mit der Fallpauschale abgegolten wäre, hätte das Krankenhaus mit der nachstationären Behandlung die ebenso geeignete, aber wirtschaftlichere Alternative gewählt. Soweit die Klägerin sowohl nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V als auch – aufgrund ihrer Zulassung – Leistungen der E. nach § 116b SGB V erbringen darf, fungiert das Wirtschaftlichkeitsgebot insoweit als „Korrektiv“ eines imaginären Wahlrechts des Krankenhauses. In diesem Zusammenhang wird die Klägerin auch nicht damit gehört, dass ihr durch die W. die Zulassung zu hochspezialisierten Leistungen nach § 116b SGB V erteilt worden sei (Bestimmungsbescheide vom 26.02.2010). Wie bei der Zulassung von Plankrankenhäusern nach § 108 SGB V ist der mit der Zulassung verbundene Versorgungsauftrag zwar notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für eine Abrechenbarkeit des einzelnen Behandlungsfalls. Die Zulassung ändert insbesondere nichts an der (bundesgesetzlichen) Pflicht des Krankenhauses nach § 12 Abs. 1 SGB V, die jeweils wirtschaftlichste Versorgungsform zu wählen. Schließlich hat die Beklagte auch zutreffend angeführt, dass es nicht darauf ankommen kann, dass die Klägerin die dem Versicherten gegenüber erbrachten Behandlungen als Leistungen nach § 116b SGB V deklariert hat. Denn die Vergütungsregelungen unterliegen nicht der Dispositionsbefugnis der einzelnen Leistungserbringer (s. BSG, Urteil vom 17.07.2013 – B 6 KA 14/12 R –, Rn. 19 a.E., juris).

c) Nach alledem sind die streitigen Leistungen nach den Grundsätzen fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhaltens bereits mit der DRG A04C abgegolten und es besteht kein weitergehender Zahlungsanspruch der Klägerin. Deshalb scheidet auch ein Zinsanspruch aus.

*3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 VwGO.*

*4. Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 63 Abs. 2, § 52 Abs. 1 und 3, § 45 Abs. 1 Satz 2, § 47 Abs. 1 GKG. Da der Senat über den hilfsweise geltend gemachten Anspruch der Beklagten nicht entschieden hat, findet eine Zusammenrechnung dieses Anspruchs mit dem Hauptanspruch nicht statt (§ 45 Abs. 1 Satz 2 GKG).*

*5. Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG) zugelassen.*

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-01-30