

## B 6 KA 14/12 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 11 KA 649/08  
Datum  
24.08.2010  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KA 69/10  
Datum  
13.07.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 14/12 R  
Datum  
17.07.2013  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Leistungen, die als nachstationäre Leistungen mit der Fallpauschale abgegolten wären, können nicht Gegenstand der Ermächtigung eines Krankenhausarztes sein.

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 13. Juli 2011 geändert. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 24. August 2010 wird auch hinsichtlich der Bescheide vom 15. Februar 2007, 16. August 2007, 21. Februar 2008 und 28. März 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. September 2008 zurückgewiesen. Der Kläger trägt 5/8 der Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen.

Gründe:

I

1 Die Beteiligten streiten über sachlich-rechnerische Richtigstellungen für die Zeit vom 1.11.2006 bis 31.12.2006 sowie für die Quartale II bis IV/2007.

2 Der Kläger nahm in der streitbefangenen Zeit aufgrund einer Ermächtigung als Chefarzt der chirurgischen Abteilung an der S. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Nach dem Beschluss des Zulassungsausschusses vom 26.10.2004 erstreckte sich die bis zum 31.12.2006 befristete Ermächtigung auf folgende Leistungen: 1. Konsiliarische Beratung eines Orthopäden bei unfallchirurgischen Problemen oder eines Chirurgen in der Behandlung auf dessen namentliche Überweisung, abzurechnen nach den Nr 1, 74 und 75 EBM. 2. Einmalige Kontrolle nach Notfällen falls erforderlich auf Überweisung durch Vertragsärzte. 3. Ambulante Nachbehandlung nach einer stationären Krankenhausbehandlung in der chirurgischen Abteilung am S. , im Einvernehmen mit dem behandelnden Vertragsarzt auf dessen namentliche Überweisung, längstens jedoch bis zum Ablauf von drei Monaten nach Entlassung aus stationärer Behandlung. 4. Laborleistungen nach Kap O I/II des EBM.

Ausgenommen ambulante Operationen, die im S. , gemäß [§ 115b SGB V](#) durchgeführt werden.

3 Mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 31.10.2006 wurde der Kläger befristet bis zum 31.12.2008 weiterhin zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt für folgende Leistungen: 1. Konsiliarische Beratung eines Orthopäden bei unfallchirurgischen Problemen oder eines Chirurgen in der Behandlung auf dessen namentliche Überweisung, abzurechnen nach den Nr 01310 bis 01312, 01600 bis 01602 EBM 2000. Die Abklärung der OP-Indikation und die OP-Vorbereitung ist im Rahmen der konsiliarischen Beratung nicht abrechenbar. 2. Einmalige Kontrolle nach Notfällen falls erforderlich auf Überweisung durch Vertragsärzte. 3. Ambulante Nachbehandlung nach einer stationären Krankenhausbehandlung- in der chirurgischen Abteilung des S. , im Einvernehmen mit dem behandelnden Vertragsarzt auf dessen namentliche Überweisung, längstens jedoch bis zum Ablauf von drei Monaten nach Entlassung aus stationärer Behandlung. -Eine Abrechnung innerhalb der ersten 14 Tage nach der Entlassung ist nur dann möglich, wenn eine Abrechnungsmöglichkeit nach [§ 115a SGB V](#) nicht von den Fallpauschalen umfasst ist. 4. Laborleistungen nach Kap 32.2 des EBM 2000.

Die Erbringung der Nr 07220 EBM 2000 und von ambulanten Operationen, die im S. gemäß [§ 115b SGB V](#) durchgeführt werden, ist ausgeschlossen.

4 Mit Bescheiden vom 24.10.2006, 23.11.2006, 15.2.2007, 16.8.2007, 21.2.2008 und 28.3.2008 berichtigte die Beklagte die Abrechnungen des Klägers für die Quartale II bis IV/2006 und II bis IV/2007. Im Quartal II/2006 seien 52 Behandlungsfälle, im Quartal III/2006 73

Behandlungsfälle, im Quartal IV/2006 21 Behandlungsfälle, im Quartal II/2007 93 Behandlungsfälle, im Quartal III/2007 89 Behandlungsfälle und im Quartal IV/2007 74 Behandlungsfälle ganz oder teilweise von der Vergütung auszunehmen, weil Leistungen innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss einer stationären Behandlung erbracht worden seien. Nach den gesetzlichen Vorgaben seien die nach einem stationären Aufenthalt erforderlichen Leistungen nicht Gegenstand der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Eine Abrechnung sei nur dann möglich, wenn die Behandlung innerhalb der ersten 14 Tage nicht wegen der zuvor bereits stationär behandelten Erkrankung notwendig gewesen sei. Den Widerspruch des Klägers hiergegen wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 26.9.2008 zurück. Eine vor und nachstationäre Behandlung sei in die Pauschalen für die diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups (DRG)) einbezogen. Innerhalb der Frist von 14 Tagen falle die in direktem Zusammenhang mit der Krankenhausbehandlung stehende Nachbetreuung der Patienten in die Zuständigkeit der Krankenhäuser. Bei Durchsicht der Abrechnungsscheine sei zudem aufgefallen, dass vermehrt die nachstationäre Behandlung bereits Tage vor der Ausstellung der Überweisung durchgeführt und nachträglich über den Überweisungsschein abgerechnet worden sei.

5 Das SG hat mit Urteil vom 24.8.2010 die Klage hiergegen abgewiesen. Da eine Verweildauerüberschreitung in den streitigen Fällen nicht vorgelegen habe, sei die nachstationäre Behandlung bereits durch die Fallpauschalen abgegolten gewesen. Eine zusätzliche Abrechnung im Rahmen der Ermächtigung hätte eine Doppelabrechnung der Leistungen zur Folge gehabt. Der Kläger könne sich auch nicht auf den Wortlaut des Ermächtigungsbeschlusses vom 26.10.2004 berufen. Eine Ermächtigung nach [§ 116 SGB V](#) könne grundsätzlich nicht für den Bereich der Leistungen nach [§ 115a SGB V](#) erteilt werden.

6 Das LSG hat mit dem angefochtenen Urteil das Urteil des SG und die angefochtenen Bescheide insoweit aufgehoben, als über die im Quartal II/2006 genannten Behandlungsfälle C. H. N. C. J. A. B. hinaus abgerechnete Leistungen abgesetzt worden waren. Im Übrigen hat es die Berufung des Klägers zurückgewiesen. Soweit in den genannten Behandlungsfällen eine Berichtigung auch mit der Begründung erfolgt sei, dass vor Behandlungsbeginn der Überweisungsschein nicht vorgelegen habe, seien das Urteil des SG und die Bescheide der Beklagten rechtmäßig. Die Bescheide seien insoweit rechtswidrig, als Leistungen allein mit der Begründung abgesetzt worden seien, dass sie innerhalb von 14 Tagen nach stationärem Aufenthalt erbracht worden seien. Diese Leistungen seien vom Ermächtigungskatalog des Klägers umfasst gewesen. Ziffer 3 des Beschlusses des Zulassungsausschusses vom 26.10.2004 habe als zeitliche Begrenzung lediglich den Ablauf von drei Monaten nach Entlassung aus stationärer Behandlung enthalten. Eine weitergehende zeitliche Begrenzung ergebe sich auch nicht aufgrund der Vorschriften der [§§ 115a, 116 SGB V](#) und [§ 8 Abs 2 Nr 4 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#). Ambulant durchgeführte Leistungen seien nur dann der stationären Versorgung zuzurechnen, wenn sie nach Art und Schwere der Erkrankung für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus erforderlich seien, im Hinblick auf eine notwendige stationäre Behandlung und unter der Verantwortung eines im Krankenhaus tätigen Arztes erbracht würden sowie eine ansonsten erforderliche stationäre Leistung ersetzen oder überflüssig machen würden. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus [§ 8 Abs 2 Nr 4 KHEntgG](#), wonach eine nachstationäre Behandlung nach [§ 115a SGB V](#) zusätzlich zu einer Fallpauschale berechnet werden dürfe, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteige. Diese Regelung betreffe nur den Umfang der Vergütung der Krankenhausbehandlung in den Fällen, in denen durch das Krankenhaus sowohl stationär als auch vor und/oder nachstationär behandelt werde. Sie könne auch nicht als gesetzliche Wertung für einen Ausschluss vertragsärztlicher ambulanter Leistungen im Zusammenhang mit der stationären Behandlung für den Zeitraum einer möglichen nachstationären Behandlung herangezogen werden.

7 Hiergegen richtet sich die Revision der Beklagten. Beim Vorliegen der tatbestandlichen Voraussetzungen des [§ 115a Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) sei die Behandlung nachstationär durchzuführen. Ein Ermessen des Krankenhauses bestehe nur insoweit, als es entscheiden könne, ob es den Versicherten ohne Unterkunft und Verpflegung oder vollstationär versorge. Das lasse sich auch aus dem Kontext des [§ 39 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) entnehmen, wonach die Krankenhausbehandlung in verschiedenen Abstufungen von vollstationär bis ambulant erfolgen könne. Es gehe dies auch aus der Gesetzesbegründung hervor, wonach die Einführung des [§ 115a SGB V](#) Kosteneinsparungen durch die Reduzierung der vollstationären Behandlung auf das notwendige Maß und die Durchführung der weiteren Behandlung im vor und nachstationären Bereich bezweckt habe. Das BSG habe in seinem Urteil vom 19.6.1996 ([6 RKa 15/95](#)) nicht entschieden, dass Nachsorgeleistungen nach einer vollstationären Behandlung wahlweise durch das Krankenhaus oder im vertragsärztlichen Bereich erbracht und abgerechnet werden dürften, sondern nur, dass im Hinblick auf die Einführung von [§ 115a SGB V](#) auch die Krankenhausbehandlung ambulant durchgeführt werden könne. Jedenfalls sei nach der Einführung der Fallpauschalen und [§ 8 Abs 2 Satz 3 Nr 3 KHEntgG](#) für die Erbringung von Nachsorgeleistungen innerhalb der Grenzverweildauer im vertragsärztlichen Bereich kein Raum mehr. Das LSG habe verkannt, dass sich aus [§ 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1](#) und [Satz 2 KHEntgG](#) und [§ 8 Abs 2 Satz 3 Nr 3 KHEntgG](#) auch der Umfang der von der Vergütung umfassten Leistungen ergebe. Zumindest für die Zeit ab dem 1.1.2007 seien die Richtigstellungen rechtmäßig gewesen aufgrund der Klarstellung im Beschluss des Zulassungsausschusses vom 31.10.2006.

8 Der Beklagte beantragt, das Urteil des Hessischen LSG vom 13.7.2011 zu ändern, soweit es der Berufung stattgegeben hat und die Berufung des Klägers gegen das Urteil des SG Marburg vom 24.8.2010 auch hinsichtlich der Bescheide vom 15.2.2007, 16.8.2007, 21.2.2008 und 28.3.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.9.2008 zurückzuweisen.

9 Der Kläger beantragt, die Revision des Beklagten zurückzuweisen.

10 Er hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

11 Nachdem die Beklagte mit einem Teilerkenntnis die Bescheide vom 24.10.2006 und 23.11.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.9.2008 insgesamt und den Bescheid vom 15.2.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.9.2008 insoweit aufgehoben hat, als Leistungen bis zum 31.10.2006 betroffen waren, ist die Revision der Beklagten insgesamt erfolgreich. Die für die Zeit vom 1.11.2006 bis 31.12.2006 und für die Quartale II bis IV/2007 vorgenommenen sachlich-rechnerischen Richtigstellungen erfolgten zu Recht, weil die Ermächtigungen des Klägers nicht die Nachbehandlung innerhalb der Grenzverweildauer nach einer stationären Behandlung umfassten.

12 Die Beklagte ist aufgrund von [§ 106a Abs 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) gesetzlich berechtigt und verpflichtet, die sachlich-rechnerische

Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte festzustellen und die Abrechnungen nötigenfalls richtigzustellen. Dies gilt nach [§ 120 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) auch für ermächtigte Ärzte. In der streitbefangenen Zeit lagen die Voraussetzungen für eine Richtigstellung der Abrechnung des Klägers vor. Der Kläger verfügte nicht über eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, die zur Erbringung und Abrechnung der berechtigten Leistungen berechtigte. Nach [§ 116 SGB V](#) iVm [§ 31a Abs 1 Zulassungsverordnung](#) für Vertragsärzte (hier idF des GSG vom 21.12.1992, [BGBl I 2266](#)) kann der Zulassungsausschuss mit Zustimmung des Trägers des Krankenhauses, in dem der Arzt tätig ist, einen Krankenhausarzt mit abgeschlossener Weiterbildung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen, soweit und solange deren ausreichende ärztliche Versorgung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt ist. Die entsprechenden Beschlüsse des Zulassungsausschusses vom 26.10.2004 und 31.10.2006 waren bestandskräftig.

13 1. Der Beschluss vom 26.10.2004 ermächtigte den Kläger bis zum 31.12.2006 unter Ziffer 3 zwar ausdrücklich zu einer ambulanten Nachbehandlung nach einer stationären Krankenhausbehandlung in der chirurgischen Abteilung am S. im Einvernehmen mit dem behandelnden Vertragsarzt auf dessen namentliche Überweisung. Eine nachstationäre Behandlung innerhalb der zeitlichen Grenzen des [§ 115a Abs 1 Nr 2 SGB V](#) in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung iVm [§ 8 Abs 2 Satz 3 Nr 4 KHEntgG](#) (eingeführt mit Art 5 des Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser vom 23.4.2002 ([BGBl I 1412](#)); ab 25.3.2009 ist Nr 4 die Nr 3) konnte indes nicht Gegenstand der Ermächtigung des Klägers nach [§ 116 SGB V](#) sein.

14 Die Befugnis des Krankenhauses nach [§ 115a Abs 1 Nr 2, Abs 2 Satz 2 SGB V](#), Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung an sieben Behandlungstagen innerhalb eines Zeitraums von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung zu behandeln, um im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung), steht einer ambulanten Nachbehandlung durch einen ermächtigen Arzt nicht entgegen. Nach der Rechtsprechung des Senats (Urteil vom 19.6.1996 SozR 3 2500 [§ 116 Nr 13](#)), auf die das LSG ausdrücklich verwiesen hat, schließt [§ 115a Abs 1 Nr 2 SGB V](#) Leistungen durch Vertragsärzte oder ermächtigte Ärzte innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss einer stationären Behandlung nicht grundsätzlich aus. Eine Ermächtigung kann einem Krankenhausarzt aber nicht für Leistungen erteilt werden, die das Krankenhaus unter seiner Verantwortung als nachstationäre Behandlung erbringen könnte und die von der Fallpauschale für den stationären Behandlungsfall erfasst werden.

15 Die nachstationäre Behandlung von Versicherten nach [§ 115a Abs 1 Nr 2 SGB V](#) ist gemäß [§ 39 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) Teil der Krankenhausbehandlung. [§ 115a Abs 1 Nr 2 SGB V](#) erlaubt dem Krankenhaus im Falle der Verordnung von Krankenhausbehandlung durch einen niedergelassenen Arzt, Versicherte in geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung zu behandeln, um im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen. Mit der Einführung der vor- und nachstationären Behandlung als Krankenhausleistung sollten nach der Intention des Gesetzgebers die Kosten der stationären Versorgung dadurch reduziert werden, dass Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandelt werden, wenn es darum geht, die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären, die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten oder im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (Begründung des Gesetzentwurfs zu einem GSG, BT Drucks 12/3608 S 102 Zu Nummer 63 (§§ 115a und 115b)). Es handelt sich bei der vor- und nachstationären Behandlung um eine Sonderform der ambulanten Versorgung, die lediglich als "Annex" zur vollstationären Versorgung im Krankenhaus "stationäre" Behandlung im weiteren Sinne ist (vgl BSG SozR 4 2500 [§ 115a Nr 1 Rdnr 10](#)). Soweit therapeutische Maßnahmen die unmittelbar vorangegangene vollstationäre Behandlung sichernd oder festigend ergänzen, besteht nach der gesetzlichen Konzeption eine primäre, aber keine ausschließliche Zuweisung der Behandlung zum Krankenhaus. Die Einführung der vor- und nachstationären Behandlung als Krankenhausleistung führte dazu, dass identische Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung oder der stationären Krankenhausbehandlung erbracht werden können (vgl BSG SozR 3 2500 [§ 116 Nr 13 S 69](#)). Der Sicherstellungsauftrag durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte bleibt grundsätzlich unberührt (vgl BT Drucks 12/3608 S 102 Zu Nummer 63 (§§ 115a und 115b) Zu Absatz 2; vgl auch [BSGE 74, 263](#) = SozR 3 2500 [§ 116 Nr 9 S 50](#)). Das zeigt sich nicht zuletzt daran, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte auch während der nachstationären Behandlung nach [§ 115a Abs 2 Satz 5 SGB V](#) die notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses gewährleisten und das Krankenhaus nach [§ 115a Abs 2 Satz 6 SGB V](#) den einweisenden Arzt über die nachstationäre Behandlung unverzüglich zu unterrichten hat. Der Vorrang der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung außerhalb des für die vor- und nachstationäre Behandlung vorgegebenen Zeitkorridors sollte nach der Begründung des Gesetzentwurfs durch die Befristung der vorstationären Behandlung auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung und der nachstationären Behandlung auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung sichergestellt werden. Eine Behandlung während der Phase der vor- und nachstationären Behandlung durch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte kann nach der in der Gesetzesbegründung formulierten Regelungsabsicht des Gesetzgebers durchgeführt werden, wenn eine ärztliche Behandlung aufgrund einer anderen Indikation erforderlich ist oder eine Behandlung der zur Krankenhauseinweisung führenden Erkrankung aus zeitlichen (zB Notfall), räumlichen oder anderen wichtigen Gründen außerhalb des Krankenhauses sinnvoll ist (BT Drucks 12/3608 S 102). Damit ist auch verdeutlicht, dass eine nachstationäre Versorgung einen engen medizinischen Zusammenhang mit der vollstationär durchgeführten Behandlung voraussetzt. Dabei hat unzweifelhaft die nachstationäre Behandlung im Krankenhaus stattzufinden, wenn die ambulante Nachsorge aus medizinischen Gründen nur in dem Krankenhaus stattfinden kann oder soll, in dem sich der Patient zuvor vollstationär aufgehalten hat. Das ist insbesondere bei komplizierten großen Wunden nach Operationen oder bei problematischen Wundheilungsprozessen evident. Für die "Sicherung des Behandlungserfolgs" iS des [§ 115a Abs 1 Nr 2 SGB V](#) kann es dann wichtig sein, dass die ärztlich geleitete Einrichtung, die die stationäre Behandlung erbracht hat, den Patienten auch in den ersten Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beobachten kann. Die Ärzte dieser Einrichtung können gerade in schwierigen Fällen mit größerer Sicherheit beurteilen, welche Komplikationen in der speziellen Situation des einzelnen Patienten erwartbar waren und toleriert werden können und müssen und wann ggf eine erneute vollstationäre Aufnahme des Patienten unvermeidlich ist.

16 Zuvor (voll)stationär behandelte Patienten sind damit entgegen der Auffassung der Beklagten nach einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus nicht generell gehindert, sich ambulant von Vertragsärzten behandeln zu lassen. Das gilt ohne Weiteres, wenn die ambulante Behandlung aufgrund einer anderen Indikation als die vorangehende stationäre Versorgung erfolgt. Es gilt aber auch, wenn der Patient aus persönlichen Gründen das Krankenhaus nicht zu möglicherweise täglichen Nachsorgeuntersuchungen aufsuchen kann oder will, soweit der behandelnde Vertragsarzt für die Nachbehandlung eine detaillierte, über die Angaben im Entlassungsbericht hinausgehende Kenntnis des vollstationären Behandlungsverlaufs nicht benötigt.

17 Die primäre Zuordnung der Nachbehandlung der zuvor stationär behandelten Erkrankung innerhalb der von [§ 115a Abs 2 Satz 2 SGB V](#) vorgegebenen zeitlichen Grenzen zur Krankenhausbehandlung bestätigen auch die durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz zum 1.1.2012 eingefügten Regelungen der [§ 115a Abs 1 Sätze 2 und 3 SGB V](#). Danach kann das Krankenhaus die vor und nachstationäre Behandlung auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen (Satz 2). Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung (Satz 3). Dies entspricht der Regelung, die die Vertragspartner im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) getroffen haben. In § 3 Abs 2 Nr 8 BMV-Ä ist festgelegt, dass Leistungen für Krankenhäuser, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen auch im Rahmen vor- und nachstationärer Behandlung, soweit das Krankenhaus diese Leistungen zu erbringen hat, die auf deren Veranlassung durch Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen in den genannten Häusern oder ambulanten Einrichtungen im Rahmen der genannten Behandlung erbracht werden, aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind. Nach den Vorstellungen des Ausschusses für Gesundheit, auf dessen Empfehlung die Anfügung der Sätze 2 und 3 in [§ 115a Abs 1 SGB V](#) zurückgeht, ist eine sog Auslagerung von Leistungen auf Vertragsärzte durch das behandelnde Krankenhaus zulässig. Der niedergelassene Vertragsarzt erbringt in diesem Fall Leistungen des Krankenhauses nach [§ 115a SGB V](#), die vom Krankenhaus zu vergüten sind (vgl BT Drucks 17/8005 S 114 Zu Nummer 41a neu ([§ 115a SGB V](#))). Durch [§ 115a Abs 1 Satz 3 SGB V](#) wird gesetzlich klargestellt, dass die beauftragten Vertragsärzte nicht im Rahmen des Sicherstellungsauftrags tätig werden. Die gesetzliche Erweiterung des Rahmens für die nachstationäre Behandlung durch die Möglichkeit der Einbeziehung von Vertragsärzten, die die Leistungen auch in ihrer Praxis erbringen können, und die Herausnahme dieser von Vertragsärzten erbrachten Leistungen aus dem Sicherstellungsauftrag verdeutlichen die gesetzgeberische Intention, die nachstationäre Behandlung in erster Linie dem Krankenhaus zuzuweisen. Deutlich wird damit auch, dass von [§ 115a Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) nicht nur Behandlungsmaßnahmen erfasst werden, die aus medizinischen Gründen nur an einem Ort durchgeführt werden können, an dem die gesamte apparative und personelle Infrastruktur eines Krankenhauses jederzeit zur Verfügung steht.

18 Der Senat hat dementsprechend bereits in seiner Entscheidung vom 19.6.1996 ausgeführt, dass die Erbringung vor- und nachstationärer Leistungen als Krankenhausleistung den Bedarf für eine Ermächtigung entfallen lassen kann (vgl BSG SozR 3 2500 § 116 Nr 13 S 68). Durch die umfassende Umgestaltung des Vergütungssystems zugunsten einer pauschalierenden Vergütung seit dem Jahr 2003 ergeben sich weiterreichende Folgen für eine Ermächtigung von Krankenhausärzten. Unter dem Regime des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für die Finanzierung der laufenden Kosten eines Krankenhauses kann eine Ermächtigung von vornherein solche Leistungen nicht umfassen, die in diesem System bereits mit der Fallpauschale abgegolten sind. Die Fallpauschale deckt nach dem DRG-Fallpauschalensystem innerhalb der jeweiligen Grenzverweildauer den gesamten Krankenhausfall von der Aufnahme bis zur Entlassung eines Patienten ab. Innerhalb der Grenzverweildauer umfasst die Fallpauschale damit auch die Vergütung der nachstationären Behandlung. Das ergibt sich aus der seit dem 1.1.2003 geltenden Vorschrift des § 8 Abs 2 Satz 3 Nr 4 KHEntgG (ab 25.3.2009 ist Nr 4 die Nr 3). Danach darf eine nachstationäre Behandlung nach [§ 115a SGB V](#) zusätzlich zu einer Fallpauschale berechnet werden, wenn die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteigt. Die Regelung entspricht der zuvor bis zum 31.12.2003 geltenden Vorschrift des § 14 Abs 4 Satz 3 2. Halbsatz Bundespflegesatzverordnung (BpflV), wonach bei einer Vergütung von Leistungen durch ein Fallpauschale eine nachstationäre Behandlung gesondert berechenbar war, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- und nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer überstieg.

19 Das LSG hat zu Recht darauf hingewiesen, dass § 8 Abs 2 Satz 3 Nr 4 KHEntgG entsprechend dem Standort im KHEntgG eine Regelung zum Umfang der Vergütung der nachstationären Behandlung im Krankenhaus enthält. Die Vergütung markiert aber gleichzeitig auch eine Abgrenzung der Leistungsbereiche. § 8 Abs 2 KHEntgG führt die Fälle auf, in denen neben der Fallpauschale weitere Abrechnungsmöglichkeiten bestehen (vgl BT Drucks 14/6893 S 44). Im Umkehrschluss ist ihr zu entnehmen, dass die nachstationäre Behandlung im Krankenhaus in den zeitlichen Grenzen der Grenzverweildauer durch die Fallpauschale abgegolten ist. Diese Vergütungsregelung steht im Einklang mit der Einordnung der nachstationären Behandlung im Krankenhaus als Krankenhausleistung in [§ 39 Abs 1 Satz 1 SGB V](#). Damit ist zwar nicht ausgeschlossen, dass ambulante Leistungen zur nachstationären Behandlung durch vertragsärztliche Leistungserbringer erbracht werden. Ausgeschlossen ist aber eine Ermächtigung zu einer ambulanten Behandlung, die das Krankenhaus, in dem der ermächtigte Arzt tätig ist, als nachstationäre (Krankenhaus)leistung erbringen könnte. Es würde ansonsten für die bereits mit der Fallpauschale gegenüber dem Krankenhaus abgegebene Leistung erneut Honorar aus der vertragsärztlichen Vergütung gezahlt, an dem das Krankenhaus über [§ 120 Abs 1 Satz 2](#) und 3 SGB V partizipieren würde. Der vom Gesetz beabsichtigte Kostendämpfungseffekt würde damit gerade nicht eintreten. Darüber hinaus würde nicht nur eine Doppelzahlung erfolgen dazu kommt es auch, wenn eine stationär behandelte Erkrankung von einem Vertragsarzt ohne Beauftragung durch das Krankenhaus "nach"behandelt wird, die Zahlung würde zumindest teilweise auch an denselben Empfänger gehen. Da nach den Feststellungen des SG hier nur Fälle betroffen waren, in denen die Grenzverweildauer nicht überschritten wurde, kann offenbleiben, ob der Ausschluss für alle mithin auch für nicht mehr von der Fallpauschale umfasste im zeitlichen Rahmen des [§ 115a Abs 2 Satz 2 SGB V](#) möglichen nachstationären Behandlungsmaßnahmen gilt. Die Ermächtigung des Klägers war jedenfalls insoweit immanent begrenzt, als eine Nachbehandlung innerhalb der jeweiligen Grenzverweildauer ausgeschlossen war. Dass das Krankenhaus im Hinblick auf die Ermächtigung des Klägers keine nachstationären Behandlungen durchgeführt hat, steht dem nicht entgegen. Die Vergütungsregelungen unterliegen nicht der Dispositionsbefugnis der einzelnen Leistungserbringer.

20 2. In den Quartalen II bis IV/2007 erfasste die Ermächtigung des Klägers bereits nach ihrem Wortlaut die ambulante Nachbehandlung nach einer stationären Krankenhausbehandlung in der chirurgischen Abteilung des S. nur noch, wenn die Grenzverweildauer überschritten war. Bei sachgerechter Auslegung des Beschlusses des Zulassungsausschusses vom 31.10.2006, die auch dem Revisionsgericht möglich ist (vgl BSG vom 9.2.2011 B [6 KA 5/10 R](#) Juris RdNr 17 mwN; BSG SozR 4 2500 § 75 Nr 11 RdNr 20; [BSGE 96, 161](#) = SozR 4 2500 § 13 Nr 8, RdNr 16; [BSGE 48, 56, 58](#)), wollte der Zulassungsausschuss mit dem Zusatz: "Eine Abrechnung innerhalb der ersten 14 Tage nach der Entlassung ist nur dann möglich, wenn eine Abrechnungsmöglichkeit nach [§ 115a SGB V](#) nicht von den Fallpauschalen umfasst ist" ausschließen, dass der Kläger Leistungen in solchen Fällen erbrachte, in denen die nachstationäre Behandlung eines Versicherten von der Fallpauschale umfasst wäre, im Fall einer nachstationären Behandlung im Krankenhaus mithin keine über die Fallpauschale hinausgehenden Kosten entstanden wären. Entgegen der Auffassung des LSG kommt dies in der Formulierung des Beschlusses hinreichend deutlich zum Ausdruck. Insbesondere vor dem Hintergrund der Auseinandersetzung über die Abrechnungsberechtigung nachstationärer Behandlungen wegen der aus Sicht der Beklagten bestehenden Gefahr der Doppelabrechnung konnte die Einschränkung nur in diesem Sinn verstanden werden. Da allgemein auf die "Abrechnungsmöglichkeit nach [§ 115a SGB V](#)" abgestellt wurde, kam es auf die tatsächliche Durchführung der Nachbehandlung im Krankenhaus nicht an, sondern nur darauf, dass die abstrakte Möglichkeit einer Abrechnung zusätzlich zur Fallpauschale bestand. Das war nach § 8 Abs 2 Satz 3 Nr 4 KHEntgG immer dann der Fall, wenn mit der nachstationären Behandlung die

Grenzverweildauer überschritten wurde. Da dies in den Fällen, in denen sachlich-rechnerische Richtigstellungen erfolgten, nicht gegeben war, erbrachte der Kläger insofern Leistungen außerhalb seiner Ermächtigung, sodass die Voraussetzungen für eine sachlich-rechnerische Richtigstellung seiner Abrechnung vorlagen.

21 3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#). Da die Beklagte ein Kosten(teil)anerkennnis über 3/8 der Kosten des Verfahrens in allen Rechtszügen abgegeben hat, ist der Kläger noch mit 5/8 der Kosten zu belasten.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2014-02-28