

L 4 KR 2220/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 5 KR 4301/14

Datum

20.04.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 KR 2220/15

Datum

13.09.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zur fehlenden Erforderlichkeit nachstationärer Leistungen, wenn die selben Leistungen (hier strahlentherapeutische Leistungen) durch ein von dem Träger des Krankenhauses getragenes medizinisches Versorgungszentrum, in dem Ärzte des Krankenhauses angestellt sind, ausgeführt werden können.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 20. April 2015 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in beiden Rechtszügen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf EUR 19.227,88 festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung nachstationärer Krankenhausbehandlungen.

Die Klägerin ist Trägerin der "V-Kliniken" (im Folgenden V-Kliniken) in K, die durch Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen ist. Daneben ist sie Trägerin eines zur ambulanten Strahlentherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums.

Vom 26. Juni bis 2. Juli 2013 befand sich die bei der Beklagten krankenversicherte W. U. (im Folgenden U) in vollstationärer Behandlung in den V-Kliniken, wo sie wegen einer bösartigen Neubildung des Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend (Hauptdiagnose, ICD-10: C13.8) und der supraklavikuläre Lymphknoten (ICD-10: C77.0) neben einer Blockchemotherapie (OPS 8-543.52) mit fünf Bestrahlungen behandelt wurde (OPS 8-522.90: Hochvoltstrahlentherapie, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie, ohne bildgestützte Einstellung). Nach Entlassung erfolgten in der Zeit vom 3. bis 16. Juli 2013 zehn weitere Bestrahlungen derselben Art in den V-Kliniken dieser Art jeweils ohne voll- oder teilstationäre Aufnahme.

Nach vorstationärer Behandlung am 22., 23. und 24. Juli 2013 wurde U vom 25. Juli bis 1. August 2013 wegen derselben Diagnosen erneut vollstationär in den V-Kliniken mit Chemotherapie und nunmehr acht Einheiten Hochvoltstrahlentherapie (wiederum OPS 8-522.90) behandelt wurde. Nach Entlassung erfolgten in der Zeit vom 2. bis 8. August 2013 vier weitere Bestrahlungen derselben Art in den V-Kliniken jeweils ohne voll- oder teilstationäre Aufnahme.

Am 21. August 2013 wurde die bei der Beklagten krankenversicherte M. S. (im Folgenden S) wegen einer bösartigen Neubildung der Brustdrüse (ICD-10: C50.9) vollstationär in den V-Kliniken aufgenommen. Die Behandlung erfolgte wegen sekundärer bösartiger Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes (Fachabteilungsdiagnose; ICD-10: C79.5) bei Nebendiagnosen u.a. C79.88 (sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen), C50.8 (Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend) und C78.0 (sekundäre bösartige Neubildung der Lunge) mit vier Einheiten Hochvoltstrahlentherapie, Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie, ohne bildgestützte Einstellung (OPS 8-522.90). Nach Entlassung am 26. August 2013 erfolgten in der Zeit vom 27. August bis 4. September 2013 sechs weitere Bestrahlungen derselben Art in den V-Kliniken jeweils ohne voll- oder teilstationäre Aufnahme.

Für diese Behandlungen stellte die Klägerin der Beklagten jeweils – unter Abzug der Zuzahlungen der Versicherten – Rechnungen über stationäre Aufenthalte, wobei sie die stationär und nachstationär erbrachten Bestrahlungen in die Fallpauschalen (Diagnosis Related Group [DRG]) für die stationären Behandlungen einbezog. Eine gesonderte Abrechnung der nachstationären Behandlungen erfolgte nicht. Für die

erste Behandlung der U (DRG D19Z: (Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als zehn Bestrahlungen) forderte sie unter Einbeziehung lediglich sechs nachstationärer Behandlungen einen Gesamtbetrag in Höhe von EUR 10.295,55 (Rechnung vom 22. Juli 2013), für die zweite (wiederum DRG D19Z) in Höhe von EUR 11.934,45 (Rechnung vom 19. August 2013) sowie für die Behandlung von S (DRG I39Z: Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als acht Bestrahlungen) in Höhe von EUR 8.082,21 (Rechnung vom 18. September 2013). Jeweils am Tag der Rechnung sandte die Klägerin den Datensatz nach [§ 301](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) an die Beklagte. Diese beglich die Rechnungen am 22. August, 24. September und 21. Oktober 2013 zunächst in voller Höhe.

Mit Schreiben vom 28. April 2014 forderte die Beklagte die Klägerin zur Neuberechnung und teilweisen Erstattung in Gesamthöhe von EUR 19.227,87 in den drei Behandlungsfällen auf. Aufgrund des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 17. September 2013 – [B 1 KR 51/12 R](#) – juris) hätten die Krankenkassen die Möglichkeit, nachstationäre Leistungen zurückzufordern, wenn diese ambulant hätten erbracht werden können. Für die erste Behandlung der U ergebe sich ein Rückforderungsbetrag in Höhe von EUR 6.989,83, für die zweite in Höhe von EUR 8.638,73 und für die von S in Höhe von EUR 3.599,31. Ergänzend führte sie im Schreiben vom 10. Juni 2014 aus, die V-Kliniken verfügten über die Möglichkeit, ambulante Strahlentherapie in ihren Räumen durchzuführen. Bei grundsätzlich ambulant erbringbaren Leistungen seien Krankenhäuser nach der Rechtsprechung des BSG zur Begründung verpflichtet, weshalb eine nachstationäre Bestrahlung ausnahmsweise anstelle einer ambulanten Behandlung geboten sei. Da sich aus den von der Klägerin nach [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten dies nicht ergebe, laufe auch die Frist des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) für die Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) nicht.

Die Klägerin lehnte eine Neuberechnung und Rückzahlung ab (Schreiben vom 23. Mai und 7. Juli 2014). Die Beklagte habe ihre Behauptung, die nachstationären Leistungen hätten ambulant in vertragsärztlicher Versorgung erbracht werden können, nicht begründet. Wie sich aus dem angeführten Urteil des BSG ergebe, komme es darauf an, ob die nachstationäre Behandlung durch das Krankenhaus erforderlich gewesen sei. Allein die Möglichkeit, ambulante Strahlentherapie zu erbringen, begründe keinen Ausschluss der nachstationären Versorgung. Die Erforderlichkeit beurteile sich unter medizinischen Gesichtspunkten nach Art und Schwere der Erkrankung. Solche medizinischen Gründe seien von der Beklagten nicht genannt worden. Die medizinische Erforderlichkeit hätte diese durch den MDK überprüfen lassen können. Sie (die Klägerin) habe einen vollständigen Datensatz nach [§ 301 SGB V](#) übermittelt. Die Frist zur Einleitung eines MDK-Überprüfungsverfahrens sei zwischenzeitlich verstrichen, so dass die Beklagte mit ihrer Rückforderung ausgeschlossen sei. Darüber hinaus sei das Verhalten der Beklagten treuwidrig, da ihr die im Krankenhaus der Klägerin geübte Praxis seit längerem bekannt sei, ohne dass dies Beanstandungen nach sich gezogen habe. Eine Möglichkeit zur Rückforderung sei daher jedenfalls verwirkt.

Am 12. August 2014 rechnete die Beklagte den von ihr geltend gemachten Rückforderungsbetrag in Höhe von EUR 19.227,88 mit Forderungen der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen auf.

Die Klägerin erhob wegen der Forderung aus den genannten anderen Behandlungsfällen am 18. Dezember 2014 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) auf Zahlung eines Betrages in Höhe von EUR 19.227,88 nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 13. August 2014. Die Beklagte habe zu Unrecht mit ihren (der Klägerin) unstreitigen Forderungen aufgerechnet, da dieser kein Rückzahlungsanspruch gegen sie (die Klägerin) zustehe. Nach dem Urteil des BSG vom 17. September 2013 ([B 1 KR 51/12 R](#) – juris) scheide eine Vergütung für nachstationäre Behandlungen aus, wenn diese wegen der Möglichkeit einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung nicht erforderlich sei. Hierbei handele es sich um eine im Einzelfall aus medizinischer Sicht zu beantwortende Fragestellung, so dass ein bloßer Verweis auf die einen anderen Behandlungsfall betreffende Entscheidung des BSG nicht ausreiche. Es hätte der Beklagten gemäß [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) obliegen, den MDK mit der Überprüfung der Erforderlichkeit nachstationärer Behandlungen unter medizinischen Gesichtspunkten zu beauftragen. Die Behauptung der Beklagten im Schreiben vom 28. April 2014, ambulante vertragsärztliche Versorgung hätte ausgereicht, belege, dass die gemäß [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten ausreichend gewesen seien, um die Notwendigkeit der nachstationären Behandlung anzweifeln zu können. Daher wäre es ihr möglich gewesen, bereits unmittelbar nach Übermittlung des Rechnungssatzes den MDK mit der Überprüfung der Behandlungsfälle zu beauftragen. Dass sie dies nicht getan habe, weil sie offenbar rechtsirrig von der Annahme ausgegangen sei, poststationäre Bestrahlungen im Anschluss an einen vollstationären Krankenhausaufenthalt seien richtigerweise als nachstationäre Leistungen bei der Abrechnung der Fallpauschale für den vollstationären Krankenhausaufenthalt zu berücksichtigen, führe nicht dazu, dass sie (die Klägerin) – im Nachhinein – der ihr obliegenden Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen sei. Wegen des Ablaufs der hierfür einzuhaltenden Frist gemäß [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) sei die Beklagte an der Beauftragung des MDK gehindert und sie (die Klägerin) nicht mehr verpflichtet, die Behandlungsunterlagen im gerichtlichen Verfahren vorzulegen. Selbst wenn der Beklagten dem Grunde nach ein Erstattungsanspruch zugestanden hätte, wäre sie nach dem Grundsatz von Treu und Glauben nach [§ 242](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) wegen Verwirkung mit ihren Rückforderungen ausgeschlossen. Ein unterstellter Erstattungsanspruch sei mit der Zahlung auf die Rechnungen aus dem Jahr 2013 entstanden. Die Entscheidung des BSG, auf die sich die Beklagte ausschließlich berufe, datiere auf den 17. September 2013, sei am folgenden Tag als Pressebericht und im darauffolgenden Monat im Volltext veröffentlicht worden. Die Beklagte hätte also noch vor Ablauf des Geschäftsjahres 2013 ihre vermeintliche Erstattungsforderung geltend machen können, habe dies jedoch erst mit Schreiben vom 28. April 2014 getan (Zeitmoment). Der Beklagten sei seit Jahren bekannt, in welchen Fällen in den V-Kliniken eine nachstationäre Bestrahlung erfolge und wann eine ambulante Behandlung durch das von ihr betriebene medizinische Versorgungszentrum, ohne dass dies je beanstandet worden sei (Umstandsmoment). Die Beklagte sei auf die Entscheidung des BSG vom 17. September 2013 bis zum 28. April 2014 untätig geblieben (Untätigkeit). Die Klägerin habe die Berücksichtigung der nachstationären Leistungen nach Maßgabe der im Jahr 2013 gültigen Fallpauschalenvereinbarung (FPV 2013) vorgenommen. Da nach dem auf Bundesebene gültigen Fallpauschalenkatalog nachstationäre Bestrahlungen nicht gesondert vergütet würden, seien sie nach [§ 1 Abs. 6 FPV 2013](#) bei der Gruppierung und Abrechnung der zugehörigen vollstationären Behandlung zu berücksichtigen. Würde man die Entscheidung des BSG vom 17. September 2013 ([B 1 KR 51/12 R](#) – juris, Rn. 12) in dem Sinne verstehen, nachstationäre Behandlungen seien – gleich ob gesondert vergütet oder nicht – stets von der Fallpauschale für den vollstationären Krankenhausaufenthalt umfasst, wäre dies mit dem klaren Wortlaut der FPV 2013 nicht vereinbar. Allein die unterlassene Befassung des BSG mit der FPV zeige, dass die Entscheidung nicht in diesem Sinne zu verstehen sei.

Die Beklagte trat der Klage entgegen und führte unter Vertiefung ihres bisherigen Vorbringens aus, gemäß "Abrechnungsbestimmung Nachstationäre Behandlung" seien Leistungen der nicht gesondert berechenbaren nachstationären Behandlungen im zugehörigen Fall zu berücksichtigen. Dieser Ansicht habe das BSG mit seinem Urteil vom 17. September 2013 ([a.a.O.](#)) widersprochen. Einer nachstationären Strahlentherapie habe es nicht bedurft, da die Klägerin diese in der hauseigenen Strahlenambulanz ambulant hätte erbringen können. Eine

nachstationäre Leistungserbringung verstoße daher gegen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit. Für sie stehe auch fest, dass hier keine nachstationären Behandlungen erfolgt seien, sondern tatsächlich ambulante Behandlungen. Dass die Klägerin die Möglichkeit ambulanter Strahlentherapie nicht genutzt habe, könne nur heißen, dass sie zum Nachteil der Versichertengemeinschaft die Möglichkeit nutze, die für sie ergiebigste Abrechnungsvariante zu wählen. Da die Klägerin keinen Grund für die nachstationäre Durchführung ambulant möglicher Strahlentherapie angegeben habe, sei sie – die Beklagte – nicht verpflichtet gewesen, den MDK einzuschalten. In den Behandlungsfällen der U hätte die Klägerin lediglich die Fallpauschale D20Z (Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag), im Behandlungsfall der S die Fallpauschale I54Z (Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als neun Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung) abrechnen dürfen. Die jeweiligen Differenzbeträge unter zusätzlicher Berücksichtigung des Zuschlags für Zentren ergebe insgesamt den Aufrechnungsbetrag.

Mit Urteil vom 20. April 2015 verurteilte das SG die Beklagte, an die Klägerin EUR 19.227,88 zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszins seit dem 13. August 2014 zu zahlen. Die Beklagte habe zu Unrecht in Höhe des titulierten Betrages gegen eine unstrittige Hauptforderung der Klägerin aufgerechnet, da ihr keine Erstattungsforderungen in dieser Höhe zugestanden hätten. Die Klägerin könne für die streitigen Behandlungen in der in Rechnung gestellten Höhe Vergütung beanspruchen. Sie habe zu Recht die DRG D19Z (bei U) und I39Z (bei S) abgerechnet. Die nachstationären Behandlungen seien bei der Abrechnung der vollstationären Behandlungen zu berücksichtigen, da sie nicht gesondert zu vergüten seien (§ 1 Abs. 6 FPV 2013). Zusätzlich zu einer Fallpauschale dürfe eine nachstationäre Behandlung nach [§ 115a SGB V](#) nur berechnet werden, soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den nachstationären Behandlungstagen die Grenzverweildauer der Fallpauschale übersteige. Ausgangspunkt sei die obere Grenzverweildauer derjenigen Fallpauschale, die ohne Berücksichtigung der nachstationären Behandlungstagen einschlägig wäre. Allerdings könne die Neugruppierung unter Berücksichtigung der einbezogenen nachstationären Behandlungstage dazu führen, dass die vollstationäre Behandlung einer anderen DRG mit einer neuen, höheren Grenzverweildauer zugeordnet werde. Nur soweit die Summe aus den stationären Belegungstagen und den nachstationären Behandlungstagen auch diese höhere Grenzverweildauer überschreite, komme eine zusätzliche Vergütung neben der Fallpauschale in Betracht. Für die Behandlungsfälle der U ergebe sich hierdurch eine Neugruppierung zur DRG D19Z, deren obere Grenzverweildauer von 41 Tagen jeweils nicht überschritten worden sei. Gleiches gelte im Behandlungsfall der S für die dort maßgebliche DRG I54Z mit einer oberen Grenzverweildauer von 19 Tagen. Eine gesonderte Abrechnung der nachstationären Behandlung sei danach nicht möglich gewesen. Die Beklagte habe nicht nachgewiesen, dass die nachstationären Behandlungen in den streitigen Behandlungsfällen medizinisch nicht erforderlich gewesen seien. Bei der Prüfung dieses Punktes sei die Kammer auf die von der Klägerin nach [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten sowie die Angaben aus den Rechnungen beschränkt. Weitere Beweismittel (insbesondere die Patientenakten) habe die Kammer nicht verwerten dürfen, da eine Überprüfung durch den MDK unter Beiziehung zusätzlicher Unterlagen nicht spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse eingeleitet und dem Krankenhaus angezeigt worden sei. Die Klägerin habe jeweils alle nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) erforderlichen Angaben an die Beklagte übermittelt und so die genannte Frist in Gang gesetzt. Sie sei jedoch nicht verpflichtet gewesen, unaufgefordert die Notwendigkeit der nachstationären Behandlungen zu begründen. Die Kammer habe keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass eine Hochvoltstrahlentherapie mit Linearbeschleuniger – wie vorliegend – üblicherweise und vorrangig außerhalb des Krankenhauses im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werde; dagegen spreche schon, dass diese Therapie eine aufwändige technische Ausstattung voraussetze, die niedergelassene Ärzte kaum vorhalten könnten. Die Erforderlichkeit der eingesetzten therapeutischen Mittel als solche habe auch die Beklagte nicht in Frage gestellt. Ob die nachstationären Bestrahlungen mit gleichem Erfolg auch ambulant hätten erbracht werden können, lasse sich allein mit den nach [§ 301 SGB V](#) übermittelten Angaben nicht beantworten. Es sei daher offen, ob die Einschätzung der Krankenhausärzte in den V-Kliniken zugetroffen habe, die Hochvoltstrahlentherapie mit Linearbeschleuniger müsse bei U und S nachstationär und nicht ambulant fortgesetzt werden. Die von der Beklagten vorgetragene – generelle rechtliche und technische – Möglichkeit der V-Kliniken, Bestrahlungen in einem medizinischen Versorgungszentrums ambulant durchzuführen, sage nichts darüber, ob eine ambulante Behandlung gerade in den konkreten Fällen der U und S medizinisch ausgereicht hätte. Somit verbleibende Zweifel gingen zulasten der beweisbelasteten Beklagten. Seit dem Tag der Aufrechnung habe die Beklagte die Hauptforderung zu verzinsen.

Gegen dieses ihr am 29. April 2015 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 26. Mai 2015 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt und unter Wiederholung und Vertiefung ihres bisherigen Vorbringens ausgeführt, es bestehe keine nachvollziehbare medizinische Notwendigkeit dafür, dass das Krankenhaus die Leistung nachstationär erbringe. Denn bei den V-Kliniken handle es sich um ein Krankenhaus mit Ermächtigung zur ambulanten Behandlung mittels Strahlentherapie. Die Sicherung des Behandlungserfolges sei kein Argument für eine nachstationäre Behandlung und Abrechnung, da dasselbe Ärzteteam sowohl nachstationär als auch ambulant die Leistung erbringe. Tatsächlich sei bei U und S im Jahre 2013 auch ambulante Strahlenbehandlungen durchgeführt worden. Der Grundsatz ambulant vor stationär sei aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebotes auch hier zu beachten. Nach dem Urteil des BSG vom 17. September 2013 ([a.a.O.](#)), bestehe ein Vorrang der vertragsärztlichen Versorgung. Es sollten keine neuen Kosten verursacht werden, indem das Tätigkeitsfeld der Krankenhäuser auf das Gebiet der vertragsärztlichen Versorgung ausgedehnt werde. Eine Doppelfinanzierung müsse vermieden werden. Bevor ein Krankenhaus von sich aus nicht begründe, warum es von der üblichen Vorgehensweise – ambulant vor stationär – abweiche, müsse sie nicht den MDK mit einer Prüfung beauftragen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 20. April 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und hat in Ergänzung ihres bisherigen Vorbringens ausgeführt, die von ihr gestellten Rechnungen wären nicht fällig geworden und die Beklagte damit nicht zur Zahlung verpflichtet gewesen, wenn sie (die Klägerin) diese nicht ordnungsgemäß über Anlass und Verlauf der Krankenhausversorgung informiert hätte. Da die Beklagte die Rechnungen jedoch jeweils innerhalb eines Monats beglichen habe, sei sie implizit selbst von einer ordnungsgemäßen Unterrichtung ausgegangen. Würde man der Ansicht der Beklagten folgen, wonach eine nachstationäre Behandlung stets dann mangels Notwendigkeit ausscheide, wenn die Leistung unter Berücksichtigung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) vertragsärztlich erbracht werden könne, verblieben keine Behandlungen, die unter nachstationären Bedingungen erforderlich wären. Die gesetzlich vorgesehene nachstationäre Behandlung durch

Krankenhäuser wäre obsolet. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG bemesse sich die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung nach objektiven Maßstäben. Daher könne es nicht darauf ankommen, ob das Krankenhaus auch Betreiber eines medizinischen Versorgungszentrums sei. Unabhängig davon sei in den Behandlungsfällen der U und S die Notwendigkeit der Hochvoltstrahlentherapie wegen der schweren Erkrankungen und des massiv geschwächten Gesundheitszustandes durch Chemotherapie gegeben gewesen. Auch bei Durchführung der Bestrahlungen durch einen niedergelassenen Arzt oder ein medizinisches Versorgungszentrum mit vertragsärztlicher Zulassung wäre das System der gesetzlichen Krankenversicherung in vergleichbarer Weise mit den Kosten der Bestrahlung konfrontiert gewesen, so dass eine Doppelfinanzierung nicht vorliege. In Konstellationen, in denen die nachstationären Leistungen aufgrund der Vergütungssystematik nicht zu einer höheren DRG führten, würde die Auffassung der Beklagten zu höheren Kosten für das System der gesetzlichen Versicherung führen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie die beigezogene Akte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht erhobene und gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte Berufung der Beklagten ist auch im Übrigen zulässig. Die Berufung bedurfte nicht der Zulassung, da der maßgebliche Beschwerdewert nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) von EUR 750,00 durch die angefochtene Verurteilung zur Zahlung von EUR 19.227,88 überschritten ist.

2. Die Berufung der Beklagten ist begründet. Das SG hat diese zu Unrecht zur Zahlung von EUR 19.227,88 nebst Zinsen an die Klägerin verurteilt.

a) Die Klage ist zulässig. Die Klägerin hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt; denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urteil vom 13. November 2013 – [B 3 KR 33/12 R](#) – juris, Rn. 9). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert. Dies gilt auch für den geltend gemachten Zinsanspruch. Insofern reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz aus (vgl. Becker-Eberhard, in: Münchener Kommentar zur ZPO, 4. Aufl. 2013, § 253 Rn. 132).

b) Die Klage ist nicht begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung weiterer Vergütung von EUR 19.227,88 nebst Zinsen. Der ursprünglich entstandene Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Vergütung von Krankenhausbehandlungsleistungen für andere Versicherte erlosch dadurch in dieser Höhe, dass die Beklagte wirksam mit ihrem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten aufrechnete.

aa) Zu Recht ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass der Klägerin aufgrund stationärer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten zunächst ein Anspruch auf die abgerechnete Vergütung in Höhe von weiteren EUR 19.227,88 zustand. Da die Klägerin ausdrücklich die Forderungen aus anderen Behandlungsfällen geltend macht und nicht aus denen der U und S, deren Vergütung nur im Rahmen der Aufrechnung mit einem Erstattungsanspruch streitig ist, liegt kein Fall der Änderung der Tilgungsbestimmung vor (vgl. hierzu Senatsurteil vom 8. Juli 2016 – [L 4 KR 4669/15](#) – zur Veröffentlichung vorgesehen).

bb) Der anderweitige Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung erlosch dadurch, dass die Beklagte wirksam mit ihrem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten analog [§ 387 BGB](#) die Aufrechnung erklärte (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 – [B 1 KR 26/14 R](#) –, juris, Rn. 33 m.w.N.). Der Vergütungsanspruch der Klägerin und der von der Beklagten aufgerechnete öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch waren gegenseitig und gleichartig, der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch war fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar. Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung in Höhe von EUR 19.227,88 waren erfüllt. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt u.a. voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat. So liegt es hier. Die Beklagte zahlte der Klägerin für die streitigen Behandlungsfälle der U und S EUR 19.227,88 ohne Rechtsgrund.

Die Klägerin kann für die jeweils nach Abschluss der stationären Behandlungen von U und S erbrachten Bestrahlungen in dieser Höhe keine Vergütung verlangen. Die Voraussetzungen der von der Klägerin angesetzten DRG D19Z (für die Behandlungen der U) und DRG I39Z (für die Behandlung der S) sind nicht erfüllt (dazu (1)). Die Klägerin kann auch keine Zusatzvergütungen für nachstationäre Behandlungen zu den von der Beklagten anerkannten und vergüteten DRG D20Z (im Falle der U) und I54Z (im Falle der S) nach Maßgabe des [§ 115 a Abs. 3 SGB V](#) beanspruchen (dazu (2)). Schließlich kann sich die Klägerin nicht auf Verwirkung berufen (dazu (3)).

(1) Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Vergütung der Fallpauschalen DRG D19Z und DRG I39Z.

(a) Bei U und S lagen bei der jeweiligen stationären Aufnahme in das nach [§ 108 Nr. 2 SGB V](#) zugelassene Krankenhaus der Klägerin die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung vor. Eine Kostenzusage der Krankenkasse ist nicht erforderlich (ständige Rechtsprechung; vgl. etwa BSG, Urteil vom 13. November 2012 – [B 1 KR 14/12 R](#) – juris, Rn. 10 m.w.N.; BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 – [B 1 KR 25/13 R](#) – juris, Rn. 8), ebenso wenig eine "Verordnung von Krankenhausbehandlung" für nachstationäre Behandlungen (BSG, Urteil vom 17. September 2013 – [B 1 KR 51/12 R](#) – juris, Rn. 15).

(b) Die geltend gemachte Krankenhausvergütung bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Rechtsgrundlage sind [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2013 vom 19. Oktober 2012 (Fallpauschalenvereinbarung 2013 [FPV 2013]) und der am 1. Januar 2006 in Kraft getretene Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Baden-Württemberg.

Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von

Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntgG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragspartner (§ 11 KHEntgG i.V.m. § 18 Abs. 2 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - Krankenhausfinanzierungs-gesetz [KHG]: Krankenhausträger und Sozialleistungsträger) einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge zu vereinbaren. Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntgG findet sich in § 17b KHG, auf den § 9 KHEntgG auch mehrfach Bezug nimmt. Nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Dieses hat nach § 17b Abs. 1 Satz 2 KHG Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden nach § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet.

Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die Diagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten - dem ICD-10 - in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Code nach dem ICD-10 eine bestimmte DRG angesteuert (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 - [B 3 KR 7/12 R](#) - juris, Rn. 12). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 - [B 1 KR 25/13 R](#) - juris, Rn. 12 m.w.N.).

Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen (zuletzt BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 - [B 1 KR 25/13 R](#) - juris, Rn. 13 m.w.N.). Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs in der Hand, für die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 - [B 3 KR 7/12 R](#) - juris, Rn. 13 m.w.N.; Urteil des Senats vom 21. März 2014 - [L 4 KR 5233/12](#) - nicht veröffentlicht).

(c) Gemessen hieran liegen die Voraussetzungen für die von der Klägerin jeweils angesetzten Fallpauschalen nicht vor. Die DRG D19Z erfasst nach Teil a) des Fallpauschalen-Katalogs 2013 Strahlentherapie bei Krankheiten oder Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes oder des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als zehn Bestrahlungen. Zehn Bestrahlungen hat U während ihrer stationären Aufenthalte nicht erhalten, sondern lediglich fünf während des ersten und acht während des zweiten stationären Aufenthaltes. Allein mit den stationär erbrachten Bestrahlungen wurden nur die Voraussetzungen der - von der Beklagten beglichenen - DRG D20Z erfüllt (andere Strahlentherapie bei Krankheiten oder Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes oder des Halses, mehr als ein Belegungstag). Eine Zusammenfassung und Neueinstufung in eine Fallpauschale wegen der Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus nach § 2 Abs. 1 Satz 1 FPV 2013 war dabei nicht vorzunehmen, da die Fallpauschalen dieser Basis-DRG in Spalte 13 des Fallpauschalenkatalogs jeweils als Ausnahme hiervon gekennzeichnet sind (§ 2 Abs. 1 Satz 2 FPV 2013).

Die für die Behandlung der S von der Klägerin in Rechnung gestellte DRG I39Z (Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als acht Bestrahlungen) ist ebenfalls allein mit den vier stationär durchgeführten Bestrahlungen nicht gerechtfertigt. Erfüllt wurde die DRG I54Z (Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als neun Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung).

(d) Die nach Entlassung aus der stationären Behandlung durchgeführten Bestrahlungen waren in den Behandlungsfällen weder der U noch dem der S bei der Ermittlung der maßgeblichen Fallpauschale heranzuziehen. Der Senat kann vorliegend offen lassen, ob sich dies bereits aus den gesetzlichen Grundlagen der §§ 1 Abs. 3 Satz 1, 17 b Abs. 1 Satz 3 KHG ergibt, wonach die Fallpauschalen lediglich die voll- und teilstationären Krankenhausbehandlungen vergüten, nachstationäre Behandlung hingegen nach [§ 115a SGB V](#) vergütet wird (so BSG, Urteil vom 17. September 2013 - [B 1 KR 51/12 R](#) - juris, Rn. 12, 13). Offenbleiben kann auch, was dies für die - vom BSG nicht angesprochenen - Regelungen des § 1 Abs. 6 Satz 5 und 6 FPV 2013 bedeutet. Danach sind, soweit und solange vor- bzw. nachstationäre Behandlungen nicht gesondert vergütet werden, deren Diagnosen und Prozeduren bei der Gruppierung und der Abrechnung der zugehörigen vollstationären Behandlung zu berücksichtigen (Neugruppierung). Ergibt sich aus der Neugruppierung eine andere Fallpauschale, ist diese für die Abrechnung sowie für weitere Prüfungen maßgeblich. Die Berücksichtigung der nach Entlassung erbrachten Bestrahlungen scheitert vorliegend bereits an der Erforderlichkeit einer nachstationären Behandlung in den Behandlungsfällen der U und S.

(aa) Selbst bei grundsätzlicher Einbeziehung nachstationärer Behandlungen in die Bestimmung der zu vergütenden Fallpauschale setzte dies die Erforderlichkeit gerade einer nachstationären Behandlung im Einzelfall voraus. Die Regelungen der Krankenhausvergütung durch Fallpauschalen schließen wegen der Geltung des allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebots ([§§ 2, 12, 70 Abs. 1 SGB V](#)) die "Erforderlichkeit" als Vergütungs Voraussetzung nicht aus (BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 - [B 1 KR 24/08 R](#) -, juris, Rn. 19 zur Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung). Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Explizit wird dies in § 2 Abs. 2 KHEntgG nochmals ausgeführt, wonach allgemeine Krankenhausleistungen die Krankenhausleistungen sind, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Anders als für vollstationäre Leistungen in [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) wird für nachstationäre Behandlungen zwar nicht ausdrücklich eine "Erforderlichkeit" geregelt. Diese folgt aber aus den allgemeinen Vorgaben für das Leistungsrecht im Zusammenspiel mit [§ 115a SGB V](#) (hierzu und zum Folgenden BSG, Urteil vom 17. September 2013 - [B 1 KR 51/12 R](#) - juris, Rn. 17, 18). Nach [§ 115a Abs. 1 S 1 SGB V](#) kann das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in

"medizinisch geeigneten Fällen" ohne Unterkunft und Verpflegung vor- und nachstationär behandeln. Medizinisch geeignete Fälle sind nicht allein solche, die die weiteren, in [§ 115a SGB V](#) genannten Anforderungen erfüllen. Gerade wegen der Geltung des allgemeinen Wirtschaftlichkeitsgebots müssen sie zusätzlich vor- und/oder nachstationäre Leistungen erfordern. Nicht als nachstationär erforderliche Behandlungen können daher keinesfalls zu einer Neugruppierung einer Fallpauschale führen.

Eine nachstationäre Behandlung ist regelmäßig nicht erforderlich, wenn stattdessen vertragsärztliche Versorgung ausreichend ist. Das folgt aus dem Regelungssystem der vor- und nachstationären Behandlung, dem Wirtschaftlichkeitsgebot und dem Regelungszweck (hierzu und zum Folgenden BSG, Urteil vom 17. September 2013 – [B 1 KR 51/12 R](#) – juris, Rn. 19 ff.; ebenso BSG, Urteil vom 19. April 2016 – [B 1 KR 23/15 R](#) – juris, Rn. 14 ff.). Nach dem Regelungssystem ist die vor- und nachstationäre Behandlung eines Versicherten Krankenhausbehandlung, die den Vorrang vertragsärztlicher Versorgung begründet. Vor- und nachstationäre Behandlung ist nämlich nur in engem Zusammenhang mit vollstationärer Behandlung zulässig ([§ 115a Abs. 1](#) und [2 SGB V](#)), die gegenüber ambulanter Behandlung gerade nachrangig ist ([§ 39 Abs. 1 S 2 SGB V](#)). Als Annex voll- oder teilstationärer Krankenhausleistungen unterfällt sie dem Rechtsregime des Qualitätsgebots für Krankenhausleistungen (insbesondere [§ 2 Abs. 1 Satz 3](#), [§ 12 Abs. 1](#), [§ 70 Abs. 1](#), [§ 137c SGB V](#)), nicht jenem der vertragsärztlichen Versorgung. Vor- und nachstationäre Behandlung ist nicht kostengünstig vertragsärztlich sicherzustellen ([§ 72](#), [§ 72a](#), [§ 75 SGB V](#)), sondern aufwändiger durch zugelassene Krankenhäuser ([§ 107](#) bis [§ 109 SGB V](#)) und zweiseitige ([§ 112 SGB V](#)) sowie dreiseitige Verträge ([§ 113 SGB V](#)). Dementsprechend ist vor- und nachstationäre Behandlung nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung zu bezahlen. Der im Regelungssystem angelegte Vorrang der vertragsärztlichen vor der stationären, auch nachstationären Versorgung wurzelt in den Kostenvorteilen der vertragsärztlichen Versorgung, im Kern also im Wirtschaftlichkeitsgebot. Dies entspricht auch dem Regelungszweck. Die Verlagerung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in die vor- und nachstationäre Phase sollte die Bettennutzung reduzieren und damit den Bettenbedarf vermindern ([BT-Drucks 12/3608](#), [S. 71](#) und [S. 102](#), zu Art. 1 Nr. 63 ([§ 115a](#))). Damit sollten Einsparungen erzielt, dagegen nicht etwa neue Kosten verursacht werden, indem das Tätigkeitsfeld der Krankenhäuser auf Gebiete der vertragsärztlichen Versorgung ausgedehnt werden sollte.

(bb) In den vorliegend streitigen Behandlungsfällen der U und S war jeweils eine nachstationäre Behandlung nicht erforderlich, da eine ambulante Durchführung der Strahlentherapie möglich und ausreichend gewesen wäre. Dies ergibt sich für den Senat schon daraus, dass die Klägerin Trägerin eines den V-Kliniken zugeordneten medizinischen Versorgungszentrums ist, in dem zum Zeitpunkt der Behandlung der U und S im Jahre 2013 in den V-Kliniken tätige Ärzte als angestellte Ärzte vertragsärztlich strahlentherapeutisch tätig waren. Diese erbrachten identische Behandlungsleistungen (Hochvoltstrahlentherapie mit Linearbeschleuniger) auch bei den hier gestellten Diagnosen in dem medizinischen Versorgungszentrum am Ort des Krankenhauses. Die Klägerin hat selbst zu keinem Zeitpunkt in Abrede gestellt und auch nicht geltend gemacht, die konkrete Art der Strahlentherapie (Hochvoltstrahlentherapie mit Linearbeschleuniger) könne bei den hier gestellten Diagnosen nicht ambulant durchgeführt werden oder werde es nicht. Sie hat zunächst lediglich eingewandt, allein die Möglichkeit, ambulante Strahlentherapie zu erbringen, begründe keinen Ausschluss der nachstationären Versorgung; die Erforderlichkeit beurteile sich unter medizinischen Gesichtspunkten nach Art und Schwere der Erkrankung; solche medizinischen Gründe seien von der Beklagten nicht genannt worden. Zuletzt hat sie im Berufungsverfahren ausgeführt, die Notwendigkeit der Hochvoltstrahlentherapie wie in den konkreten Behandlungsfällen der U und S wegen der schweren Erkrankungen und eines massiv geschwächten Gesundheitszustandes nach Chemotherapie gegeben gewesen. Damit behauptet sie aber selbst nicht, dass sie identische Strahlentherapie nicht auch ambulant durchführt bzw. durchgeführt hat. Diese vorgebrachte Begründung, die Schwere der Erkrankungen bei U und S und deren geschwächter Gesundheitszustand nach Chemotherapie habe die nachstationären Behandlungen notwendig gemacht, ist zudem nicht ausreichend substantiiert, um weitere Ermittlungen in den konkreten Behandlungsfällen zu veranlassen. Darüber hinaus ist die Durchführung einer Chemotherapie bei S den vorliegenden Akten, insbesondere den Mitteilungen der V-Kliniken nicht zu entnehmen.

cc) Die Klägerin kann sich nicht mit Erfolg darauf berufen, die Beklagte sei mit dem Einwand der fehlenden Erforderlichkeit der nachstationären Behandlung ausgeschlossen, weil sie es entgegen [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) unterlassen habe, den MDK einzuschalten.

Nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Bei Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ([§ 275 Abs. 1c Satz 1](#) und [2 SGB V](#)).

Unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorschriften und Belange bestehen im Verhältnis zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und dem MDK Auskunfts- und Prüfpflichten auf drei Ebenen. Die Erhebung von Sozialdaten ist bei den Krankenhäusern für die Zwecke der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen, soweit sie nach Maßgabe der Prüfaufträge von Krankenkasse und MDK u.a. für die "Prüfung der Leistungspflicht und die Erbringung von Leistungen an Versicherte" und für die "Beteiligung des Medizinischen Dienstes" (vgl. [§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4](#) und [7 SGB V](#)) erforderlich sind. Demgemäß bestehen Auskunfts- und Mitwirkungspflichten im Rahmen eines bis zu dreistufigen Prüfverfahrens (hierzu und zum Folgenden BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – [B 3 KR 14/11 R](#) – juris, Rn. 17 ff. m.w.N.). Zwingend sind auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung zunächst die Angaben nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#). Nach der zugrunde liegenden Vorstellung des Gesetzgebers sind damit die Mindestangaben bezeichnet, die die Krankenkasse insbesondere zur ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötigt (vgl. [BT-Drucks 12/3608 S. 124](#)). Erschließen sich die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den Mitarbeitern der Krankenkasse aufgrund der Angaben nach [§ 301 SGB V](#) nicht selbst, ist auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) einzuleiten. Danach ist beim MDK eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen, wenn die vom Krankenhaus erteilten und ansonsten zur Verfügung stehenden Informationen zur Prüfung insbesondere von Voraussetzung, Art und Umfang der Krankenhausbehandlung nicht ausreichen. Im Rahmen einer nach diesen Voraussetzungen ordnungsgemäß eingeleiteten Prüfung hat das Krankenhaus schließlich auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung – wenn sich also unter Auswertung der auf der ersten und zweiten Stufe verfügbaren Sozialdaten kein abschließendes Ergebnis finden lässt – dem MDK auch über die Anzeige nach [§ 301 SGB V](#) und einen etwaigen Kurzbericht hinaus alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Prüfanfrage der Krankenkasse benötigt werden. Rechtsgrundlage hierfür ist [§ 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#). Die Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) besitzt nur für die dritte Ebene der Sachverhaltsermittlung Bedeutung. Nach Ablauf der Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) kann der medizinische Sachverhalt nicht mehr durch Ermittlungen des MDK gemäß [§ 276 Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) überprüft oder weiter aufgeklärt werden

kann. Entsprechende Prüfaufträge an den MDK sind unzulässig und die Krankenhäuser nicht mehr zur Übermittlung von Sozialdaten verpflichtet. Diese Begrenzung der Sachverhaltsermittlung wirkt auch im Gerichtsverfahren fort.

Voraussetzung für diese Beschränkungen ist jedoch, dass das Krankenhaus seinerseits die ihm obliegenden Mitteilungsobliegenheiten gegenüber der Krankenkasse erfüllt und so die Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) überhaupt in Gang gesetzt hat. Vor vollständiger und ordnungsgemäßer Erfüllung der Informationsobliegenheiten durch das Krankenhaus nach [§ 301 SGB V](#) und ggf. landesvertraglichen Regelungen fehlt es an der notwendigen Grundlage für die Abrechnungsprüfung und damit an einer Voraussetzung für den Lauf der Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) (BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – [B 3 KR 14/11 R](#) – juris, Rn. 33). Nach [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3](#) sind mitzuteilen nicht nur die Einweisungs- und die Aufnahmediagnose, sondern u.a. auch der Grund der Aufnahme. Darunter fällt bei diagnostischen Maßnahmen oder bei Behandlungen, die der vertragsärztlichen – ambulanten – Versorgung zugewiesen und nur im begründeten Ausnahmefall stationär zu erbringen sind, über die Angabe der Krankheit hinaus auch die Mitteilung, warum ausnahmsweise eine stationäre Behandlung erforderlich ist. Hierbei handelt es sich um eine der zentralen Angaben, die eine Krankenkasse für die ordnungsgemäße Abrechnungsprüfung benötigt (BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – [B 3 KR 14/11 R](#) – juris, Rn. 34). Dies gilt wegen des oben dargestellten Vorrangs der vertragsärztlichen Versorgung auch bei der Abrechnung nachstationärer Behandlungen. Bei grundsätzlich – möglicher und damit generell vorrangiger ambulanter Behandlung sind bei dennoch nachstationär erbrachter Behandlung die hierfür maßgeblichen medizinischen Gründe mitzuteilen (BSG, Urteil vom 17. September 2013 – [B 1 KR 51/12 R](#) – juris, Rn. 26).

Eine solche Mitteilung der Gründe für eine nachstationäre statt ambulante Behandlung enthalten die in den Behandlungsfällen der U und S erfolgten Mitteilungen der V-Kliniken nicht, was diese auch selbst nicht geltend macht. Mitgeteilt wurden neben insbesondere den Diagnosen bei Entlassung lediglich der Hinweis, dass eine nachstationäre Behandlung vorgesehen sei, nicht aber die Gründe hierfür.

Eine solche Mitteilung wäre aber vorliegend nötig gewesen, da sich weder aus den mitgeteilten Diagnosen noch der Art der durchgeführten Strahlentherapie die Notwendigkeit einer nachstationären Behandlung ergab. Für den Senat steht – wie oben dargelegt – fest, dass die durchgeführte Bestrahlungsbehandlung (Hochvoltstrahlentherapie) im Zeitraum der streitigen Behandlungen grundsätzlich im Rahmen ambulanter Versorgung erfolgen konnte. In solchen Fällen hat die Meldung nach [§ 301 SGB V](#) auch den Grund für die nachstationäre anstelle der grundsätzlich möglichen ambulanten Durchführung zu beinhalten (BSG, Urteil vom 17. September 2013 – [B 1 KR 51/12 R](#) – juris, Rn. 26; BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 – [B 1 KR 26/14 R](#) – juris, Rn. 38). Entgegen der Ansicht der Klägerin ist dies keine Frage des Ausschlusses der nachstationären Behandlung allein durch die – generelle – Möglichkeit der ambulanten Erbringung. Vielmehr wird dem Krankenhaus lediglich eine Mitteilungsobliegenheit auferlegt, die die Krankenkasse in die Lage versetzt, die Abrechnung unter Berücksichtigung des grundsätzlich möglichen Vorrangs der ambulanten Behandlung zu prüfen. Gleichmaßen ändert diese Mitteilungsobliegenheit nichts am Maßstab für die – auf der Mitteilung fußenden – Beurteilung der tatsächlichen Notwendigkeit einer stationären oder – wie hier – nachstationären Behandlung. Entgegen der Ansicht der Klägerin ergibt sich schließlich die Vollständigkeit ihrer Mitteilungen nach [§ 301 SGB V](#) nicht aus dem Schreiben der Beklagten vom 28. April 2014. Der dortige Verweis auf eine ambulante Behandlungsmöglichkeit ist lediglich Ausdruck der fehlenden Angabe von Gründen für die die nachstationäre Erbringung und damit gerade der Unvollständigkeit der Mitteilung.

(2) Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Vergütung nachstationärer Behandlungen zusätzlich zu den Vergütungen der Fallpauschalen DRG D20Z (in den Behandlungsfällen der U) und DRG I54Z (im Falle der S) nach Maßgabe des [§ 115a Abs. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 8 Abs. 2 Satz 3 Nr. 3 KHEntG](#). Eine solche gesonderte Vergütung setzt aus den oben genannten Gründen ebenfalls die Erforderlichkeit gerade der nachstationären anstelle der grundsätzlich möglichen ambulanten Leistungserbringung voraus (BSG, Urteil vom 17. September 2013 – [B 1 KR 51/12 R](#) – juris, Rn. 14, 17 ff.). Daran fehlte es in den vorliegend streitigen Behandlungsfällen der U und S; insoweit wird auf die obigen Ausführungen und Feststellungen Bezug genommen.

(3) Der Erstattungsanspruch der Beklagten ist ferner nicht verwirkt.

(a) Das Rechtsinstitut der Verwirkung passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht. Es findet nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung. Der Anspruch einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger auf Erstattung einer zu Unrecht gezahlten Vergütung unterliegt einer vierjährigen Verjährung (ständige Rechtsprechung, vgl. z.B. BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 – [B 1 KR 26/14 R](#) –, juris, Rn. 44 m.w.N.), beginnend entsprechend [§ 45 Abs. 1](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch durch Überzahlung entstanden ist (BSG, a.a.O.), hier mithin wegen der Begleichung der Rechnungen am 22. August, 24. September und 21. Oktober 2013 erst nach Ablauf des Jahres 2013. Nach erstmaliger Geltendmachung im Schreiben vom 28. April 2014 hat die Beklagte am 12. August 2014 innerhalb von acht Monaten nach Beginn der Verjährungsfrist die Aufrechnung mit diesem Anspruch erklärt.

Die Verwirkung als Ausprägung des Grundsatzes von Treu und Glauben gemäß [§ 242 BGB](#) ist auch für das Sozialversicherungsrecht anerkannt. Sie setzt als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen. Solche, die Verwirkung auslösenden "besonderen Umstände" liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage) und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauensstatbestand) und sich infolgedessen in seinen Vorgehensweisen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde (ständige Rechtsprechung, BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 – [B 1 KR 26/14 R](#) –, juris, Rn. 46 m.w.N.).

(b) An solchen die Verwirkung auslösenden Umständen fehlt es vorliegend.

(aa) Ein vertrauensauslösendes Verwirkungsverhalten liegt nicht bereits im reinen Nichtstun (Unterlassen), also im bloßen Zeitablauf. Grundsätzlich kann ein Krankenhaus nicht darauf vertrauen, dass die Krankenkasse innerhalb der Grenzen der Verjährung rechtsgrundlos geleistete Krankenhausvergütung nicht zurückfordern werde, etwa wenn ihr auffällt, dass dieses eine Vergütung gefordert hatte, ohne die nach [§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V](#) erforderlichen Angaben zu machen. Ein schutzwürdiges Vertrauen kann ein Unterlassen in Ausnahmefällen allenfalls dann begründen und zur Verwirkung des Rechts führen, wenn der Schuldner dieses als bewusst und planmäßig erachten darf

(BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 – [B 1 KR 26/14 R](#) –, juris, Rn. 47, 48). Die Klägerin hat hierzu vorgetragen, der Beklagten sei seit Jahren bekannt gewesen, in welchen Fällen im Krankenhaus der Klägerin eine nachstationäre Bestrahlung erfolge und wann eine ambulante Behandlung durch das von der Klägerin betriebene medizinische Versorgungszentrum. Damit macht sie im Ergebnis geltend, die Beklagte habe bewusst und planvoll unter Verzicht auf eine Begründung der Notwendigkeit nachstationärer Behandlung geltend gemachte Vergütungen beglichen. Ob diese Behauptung tatsächlich zutrifft, kann vorliegend offenbleiben, da die weiteren Voraussetzungen für eine Verwirkung nicht vorliegen.

(bb) Nach dem Urteil des BSG vom 17. September 2013 ([B 1 KR 51/12 R](#) – juris) zum Vorrang der ambulanten Versorgung auch gegenüber der nachstationären Behandlung und der darauf bezogenen Mitteilungspflicht nach [§ 301 SGB V](#) stellte die – behauptete – bisherige Handhabung der Beklagten keine ausreichende Vertrauensgrundlage für die Klägerin mehr dar. Diese konnte nicht davon ausgehen, dass die Beklagte weiterhin nachstationäre Bestrahlungen ohne Begründung deren Erforderlichkeit vergüten werde. Der bloße Zeitablauf zwischen Verkündung dieses Urteils und der erstmaligen Geltendmachung des Erstattungsanspruches mit Schreiben vom 28. April 2014 ist auch unter Berücksichtigung des behaupteten früheren Verhaltens der Beklagten nicht geeignet, ein solches Vertrauen zu begründen. Insbesondere war der Erstattungsanspruch nicht noch im laufenden Kalenderjahr 2013 geltend zu machen. Die abweichende Ansicht der Klägerin würde dazu führen, dass durch bloßes Unterlassen die Verwirkung vor Beginn der Verjährungsfrist einträte (1. Januar 2014).

(cc) Schließlich fehlt es auch an einem Vertrauensverhalten der Klägerin. Diese hat selbst nicht substantiiert vorgetragen, dass sie sich infolge des Verhaltens der Beklagten in ihren Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet habe, dass ihr durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde. Sie hat insbesondere nicht geltend gemacht, nicht mehr in der Lage zu sein, die Erforderlichkeit der nachstationären Leistungserbringung in den hier streitigen Behandlungsfällen nachzuweisen und so den Erstattungsanspruch der Beklagten abzuwehren, etwa weil im Vertrauen auf das Verhalten der Beklagten hierfür notwendige Unterlagen nicht mehr vorgehalten worden wären.

cc) Da der Hauptsanspruch nicht besteht, kann die Klägerin auch mit ihrem Zinsantrag keinen Erfolg haben.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

4. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

5. Die endgültige Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 3 Satz 1](#), [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Dabei war der Verzinsungsantrag nicht streitwerterhöhend zu berücksichtigen, da es sich insofern um eine Nebenforderung im Sinne von [§ 43 Abs. 1 GKG](#) handelt.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-09-27