

B 1 KR 21/12 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung

1
1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 19 KR 315/08

Datum
29.03.2011
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen

L 5 KR 52/11
Datum
09.02.2012

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

B 1 KR 21/12 R
Datum
17.09.2013

Kategorie
Urteil

Leitsätze

1. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht mit Inanspruchnahme vorstationärer Krankenhausbehandlung durch ihren Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt, den speziell geregelten Anforderungen genügt, erforderlich und abrechenbar ist.

2. Eine vorstationäre Behandlung ist nicht erforderlich, wenn sich aus der Verordnung von Krankenhausbehandlung und den beigelegten Unterlagen ohne weiteres ergibt, dass die notwendige vertragsärztliche Diagnostik nicht ausgeschöpft ist und das Krankenhaus den Versicherten zumutbar und kunstgerecht hierauf verweisen kann.

Auf die Revision der Klägerin werden die Urteile des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 9. Februar 2012 und des Sozialgerichts Kiel vom 29. März 2011 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 147,25 Euro nebst Zinsen hierauf in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 3. September 2003 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten in allen Rechtszügen. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 147,25 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer vorstationären Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin betreibt das Kreiskrankenhaus R ... Vertragsarzt Dr. H. verordnete dem bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten Eckhardt S. (im Folgenden: Versicherter) Krankenhausbehandlung wegen Non-Hodgkin-Lymphom Rezidiv - stationäre Therapie (11.8.2003). Er stellte unter Hinweis auf ein beigelegtes CT nebst Blutbild und den Befund "deutlich progrediente Lymphome linke Halsseite" die Fragen "Radiatio?" und "erneute Chemotherapie?". Das Krankenhaus untersuchte den Versicherten klinisch unter Auswertung der CT-Befunde in der Abteilung für Innere Medizin vorstationär. Es gelangte zum Ergebnis, dass vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht erforderlich sei (13.8.2003). Oberarzt Dr. S. berichtete hierüber, die ambulant veranlasste CT-Diagnostik der Thorax- und Abdominalorgane habe jetzt keinen weiteren Krankheitsprogress gegenüber dem Bericht vom 5.6.2003 ergeben. Unverändert bestehe eine Vergrößerung der paraaortalen Lymphknoten sowie der Iliacallymphknoten beidseits und der axillären Lymphknoten beidseits. Vom klinischen Bild imponierten insbesondere die beidseits cervikalen Lymphknoten, auch dies ohne sicheren klinischen Progress. Es habe völlige subjektive Beschwerdefreiheit bestanden. Er sei in einem ausführlichen Gespräch mit dem Versicherten übereingekommen, den Spontanverlauf weiter zu beobachten. Die Klägerin berechnete hierfür die Vergütungspauschale für vorstationäre Behandlung in einer Fachabteilung für Innere Medizin in Höhe von 147,25 Euro und setzte eine Frist bis zum 2.9.2003 (19.8.2003). Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung befürwortete keine Kostenübernahme, sondern fragte: "Chemo auch ambulant möglich?" (27.8.2003). Die Beklagte lehnte es ab, die Rechnung zu bezahlen, da die vorliegenden Daten für eine ambulante Behandlung sprächen (4.9.2003). Die Beteiligten vereinbarten einen Verjährungsverzicht. Das SG hat die Klage auf Zahlung von 147,25 Euro nebst Zinsen hierauf in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 3.9.2003 abgewiesen (Urteil vom 29.3.2011). Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen: Vorstationäre Behandlung sei gegenüber ambulanter Behandlung subsidiär und setze zumindest die gute Möglichkeit voraus, dass es zu vollstationärer Behandlung komme. Daran habe es hier gefehlt, da vollstationäre Behandlung von vornherein sehr unwahrscheinlich gewesen sei (Urteil vom 9.2.2012).

3

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision, das LSG habe die Voraussetzungen für die Vergütung vorstationärer Behandlung gemäß [§ 115a Abs 1 SGB V](#) verkannt. Ein "geeigneter Fall" im Sinne dieser Norm erfordere lediglich die Verordnung vollstationärer Behandlung, wenn die angegebenen Diagnosen geeignet seien, die Notwendigkeit stationärer Behandlung zu begründen.

4

Die Klägerin beantragt, die Urteile des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 9. Februar 2012 und des Sozialgerichts Kiel vom 29. März 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 147,25 Euro nebst Zinsen hierauf in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 3. September 2003 zu zahlen.

5

Die Beklagte beantragt, die Revision zu verwerfen, hilfsweise, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der klagenden Krankenhausträgerin ist begründet. Zu Unrecht hat das LSG die Berufung gegen das die Klage abweisende SG-Urteil zurückgewiesen. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ([§ 54 Abs 5 SGG](#)) ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (vgl zB [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 9 mwN; [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#), RdNr 12) und begründet. Die Klägerin kann von der beklagten KK Zahlung von 147,25 Euro Vergütungspauschale (dazu 1.) nebst Zinsen beanspruchen (dazu 2.).

8

1. Die Klägerin hat Anspruch auf die geltend gemachte Vergütung in Höhe von 147,25 Euro für die vorstationäre Behandlung des Versicherten am 13.8.2003.

9

a) Die Zahlungsverpflichtung einer KK für vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlung entsteht nach näherer Maßgabe von [§ 115a Abs 3 SGB V](#) zur Anspruchshöhe (vgl dazu unten e) - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt, den speziellen Anforderungen des [§ 115a SGB V](#) genügt (dazu b), erforderlich (dazu c) und abrechenbar (vgl [§ 8 Abs 2 S 3 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#) und dazu d) ist (stRspr zur vollstationären Krankenhausbehandlung mit Blick auf [§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#), vgl zB [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 11; [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#), RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 11; BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 11; [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 § 17b Nr 2](#), RdNr 13). Das entspricht den speziellen gesetzlichen Vorgaben in Verbindung mit den allgemeinen Grundsätzen für die Vergütung von Krankenhausbehandlung, die ergänzend auch für vor- und nachstationäre Behandlungen gelten (vgl auch BSG Urteil vom selben Tag - [B 1 KR 51/12 R](#) -, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Die vorstationäre Behandlung des Versicherten erfüllte diese Voraussetzungen.

10

b) Die vorstationäre Behandlung des Versicherten genügt den speziellen Anforderungen des [§ 115a SGB V](#). Danach kann das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung (dazu aa) Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln (dazu bb), um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten - vorstationäre Behandlung - ([§ 115a Abs 1 Nr 1 SGB V](#), hier anzuwenden in der durch Art 1 Nr 71 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung - Gesundheitsstrukturgesetz - vom 21.12.1992, [BGBl I 2266](#), eingefügten Fassung). Die vorstationäre Behandlung ist grundsätzlich auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt (vgl [§ 115a Abs 2 S 1 SGB V](#) dazu cc).

11

aa) Die von [§ 115a Abs 1 SGB V](#) geforderte "Verordnung von Krankenhausbehandlung" setzt eine begründete Verordnung eines Vertragsarztes oder eines sonstigen an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden voraus (vgl zur Notwendigkeit einer vertragsärztlichen Verordnung zB Becker in ders/Kingreen, SGB V, 3. Aufl 2012, [§ 115a RdNr 7](#); Hänlein in LPK-SGB V, 4. Aufl 2012, [§ 115a RdNr 5](#); Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Stand Januar 2013, [§ 115a RdNr 2](#); Hess in Kasseler Komm, Stand 1.3.2013, [§ 115a SGB V](#) RdNr 3). Die vertragsärztliche Versorgung umfasst ausdrücklich ua auch die Verordnung von Krankenhausbehandlung ([§ 73 Abs 2 S 1 Nr 7 Fall 6 SGB V](#)). Die Begrenzung auf im dargelegten Sinne vertragsärztliche Verordnungen von Krankenhausbehandlung sichert die vertragsärztliche Pflicht, Krankenhausbehandlung nur zu verordnen, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht ([§ 73 Abs 4 S 1 SGB V](#)). Im gleichen Sinne wirkt die damit ebenfalls abgesicherte vertragsärztliche Pflicht, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung bei der Verordnung zu begründen ([§ 73 Abs 4 S 2 SGB V](#)). Es bedarf vorliegend keiner Vertiefung, dass das dargelegte Verordnungserfordernis nach seinem Sinn und Zweck auf den hier betroffenen Anwendungsbereich vorstationärer Behandlung zu beschränken ist. Ist dagegen zulässige vollstationäre Krankenhausbehandlung erfolgt,

ohne dass ihr eine vertragsärztliche Verordnung vorausging, hindert dies eine gebotene, vollstationäre Krankenhausbehandlung ersetzende nachstationäre Krankenhausbehandlung nicht (vgl dazu auch BSG Urteil vom selben Tage - [B 1 KR 51/12 R](#) -, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Vertragsarzt Dr. H. vom 11.8.2003, die Krankenhausbehandlung zur stationären Therapie eines Non-Hodgkin-Lymphom-Rezidivs vorsah, erfüllte diese Voraussetzungen.

12

bb) Ein medizinisch geeigneter Fall von Krankenhausbehandlung ohne Unterkunft und Verpflegung, um die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder - hier ohne Belang - die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung), setzt zunächst voraus, dass Krankenhausbehandlung ohne Unterkunft und Verpflegung aus allein medizinischen Gründen für eines der gesetzlichen Behandlungsziele (vgl zur Krankenbehandlung [§ 27 Abs 1 S 1 SGB V](#)) überhaupt ausreichend ist. Bedarf es aus allein medizinischen Gründen etwa der stationären Überwachung rund um die Uhr, ist vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich (vgl zur Maßgeblichkeit allein medizinischer Gründe [BSGE 99, 111](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 10](#), RdNr 15; [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 16 f und LS 2).

13

Zusätzlich muss die Krankenhausbehandlung ohne Unterkunft und Verpflegung medizinisch gerade dazu geeignet sein, speziell die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Setzt die Abklärung der Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung voraus, ist vorstationäre Behandlung zu diesem Zweck nicht geeignet. Die Erforderlichkeit vorstationärer Behandlung ist zwar auch bereits im Tatbestandsmerkmal des medizinisch geeigneten Falles angelegt, bedarf aber aus Gründen der Rechtsklarheit eigenständiger Würdigung (vgl dazu unten c).

14

Nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den erkennenden Senat bindenden ([§ 163 SGG](#)) Feststellungen des LSG war Krankenhausbehandlung ohne Unterkunft und Verpflegung medizinisch auch gerade dazu geeignet, speziell die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung bei dem Versicherten zu klären. Es bedurfte hierzu keiner vollstationären Krankenhausbehandlung.

15

cc) Die vorstationäre Behandlung ist grundsätzlich auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt (vgl [§ 115a Abs 2 S 1 SGB V](#)). In dreiseitigen Verträgen können allerdings von [§ 115a Abs 2 S 1 bis 3 SGB V](#) abweichende Regelungen vereinbart werden (vgl [§ 115 Abs 2 S 1 Nr 4 Halbs 2 SGB V](#); zur Ersetzung durch Rechtsverordnung der Landesregierung vgl [§ 115 Abs 4 SGB V](#)). Davon wurde für das Land Schleswig-Holstein kein Gebrauch gemacht. Die gesetzliche Regelung verlangt nicht etwa, dass sich in jedem Falle an die vorstationäre eine stationäre Behandlung anschließt. Die vorstationäre Behandlung des Versicherten erfolgte hier innerhalb der gesetzlichen Höchstgrenzen von längstens drei Behandlungstagen innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung, nämlich an einem Behandlungstag.

16

c) Die vorstationäre Behandlung des Versicherten war auch erforderlich. Das SGB V regelt zwar nicht ausdrücklich entsprechend [§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#) für vor- und nachstationäre Leistungen, dass sie "erforderlich" sein müssen. Dies folgt aber aus den allgemeinen Vorgaben für das Leistungsrecht im Zusammenspiel mit [§ 115a SGB V](#). Nach [§ 115a Abs 1 S 1 SGB V](#) kann das Krankenhaus bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in "medizinisch geeigneten Fällen" - wie bereits dargelegt - ohne Unterkunft und Verpflegung vor- und nachstationär behandeln. Medizinisch geeignete Fälle sind nicht allein solche, die die weiteren, in [§ 115a SGB V](#) genannten Anforderungen erfüllen. Sie müssen zusätzlich vor- und/oder nachstationäre Leistungen erfordern. Nach den allgemeinen Anforderungen stellen nämlich die KKn den Versicherten die im Dritten Kapitel des SGB V genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 SGB V](#)) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden (vgl [§ 2 Abs 1 S 1 SGB V](#)). Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die KKn nicht bewilligen (vgl [§ 12 Abs 1 SGB V](#)). Die KKn und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden (vgl [§ 70 Abs 1 SGB V](#)).

17

Die spätere Einführung der Regelungen der Krankenhausvergütung durch Fallpauschalen - nach Einfügung des [§ 115a SGB V](#) - lässt die Geltung des Wirtschaftlichkeitsgebots unberührt. Sie schließt schon für auf Fallpauschalen gestützte Vergütungsansprüche nicht aus, dass die "Erforderlichkeit" der stationären Krankenhausbehandlung des Versicherten als Vergütungsvoraussetzung vorliegen muss (vgl [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#), LS 1 und RdNr 19). In gleicher Weise gilt dies für die hier betroffenen Ansprüche auf zusätzliche Vergütung vorstationärer Behandlung.

18

Eine vorstationäre Behandlung ist regelmäßig nicht erforderlich, wenn stattdessen vertragsärztliche Versorgung ausreichend ist. Das folgt aus dem in den Gesetzesmaterialien deutlich werdenden Regelungszweck, dem Regelungssystem der vorstationären Behandlung und dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

19

Der Gesetzgeber legte durch Einführung des [§ 115a SGB V](#) einen verbindlichen Rahmen dafür fest, vor- und nachstationär zu behandeln, um vollstationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Die Verlagerung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in die vor- und nachstationäre Phase sollte die Bettennutzung reduzieren und damit den Bettenbedarf vermindern (vgl. Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz) der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP, [BT-Drucks 12/3608, S 71](#) und S 102, zu Art 1 Nr 63 (§ 115a)). Damit sollten Einsparungen erzielt, dagegen nicht etwa neue Kosten verursacht werden, indem das Tätigkeitsfeld der Krankenhäuser auf Gebiete der vertragsärztlichen Versorgung ausgedehnt werden sollte. Dort, wo der Gesetzgeber solche Ausweitungen der Behandlungen durch Krankenhäuser zuließ, wie es in dem ganz anderen Gebiet ambulanten Operierens im Krankenhaus erfolgte, traf er zugleich Regelungen, die eine Doppelvergütung und einen Kostenschub verhinderten (vgl. zB [§ 115b Abs 4](#) und 5 SGB V).

20

Nach dem Regelungssystem ist die vor- und nachstationäre Behandlung eines Versicherten ([§ 115a SGB V](#)) nicht nur in einem weiteren Sinne Teil der Krankenhausbehandlung, weil das Krankenhaus als Institution leistet (so [§ 39 Abs 1 S 1 SGB V](#), der auch ambulante Operationen nach [§ 115b SGB V](#) einbezieht). Vor- und nachstationäre Behandlung ist Krankenhausbehandlung vielmehr auch in einem engeren Sinne, der den Vorrang vertragsärztlicher Versorgung begründet. Besonders deutlich wird der Vorrang bereits dadurch, dass vorstationäre Behandlung eine begründete vertragsärztliche Verordnung voraussetzt (vgl. oben, II. 1. b aa). Krankenhausbehandlung, und sei sie auch vorstationär, darf nach den Vorgaben des Gesetzes nur dann vertragsärztlich verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht (vgl. [§ 73 Abs 4 S 1 SGB V](#)).

21

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (heute: Gemeinsamer Bundesausschuss) beschloss hierzu in für alle Systembeteiligten verbindlichen Richtlinien, wann Krankenhausbehandlung zu verordnen ist (vgl. Richtlinien über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien), hier anzuwenden idF vom 24.3.2003 BAnz Nr 188 vom 9.10.2003, S 22577, gemäß [§ 92 Abs 1 S 2 Nr 6 SGB V](#) idF durch Art 1 Nr 39 Buchst a Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22.12.1999, [BGBl I 2626](#)). Danach hat der Vertragsarzt vor Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung abzuwägen, ob er selbst die ambulante Behandlung fortsetzen kann oder ob eine Überweisung zur Weiterbehandlung an a) einen weiteren Vertragsarzt mit entsprechender Zusatzqualifikation oder eine Schwerpunktpraxis, b) einen ermächtigten Krankenhausarzt oder eine Institutsambulanz ([§§ 116 bis 118 SGB V](#)), c) ein Krankenhaus zur ambulanten Behandlung ([§ 39 iVm § 115b SGB V](#)), d) eine Notfallpraxis im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, ausreicht und stationäre Krankenhausbehandlung vermieden werden kann (§ 4 Abs 1 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien). Die Verordnung ist nur zulässig, wenn sich der behandelnde Vertragsarzt von dem Zustand des Patienten überzeugt und die Notwendigkeit einer stationären Behandlung festgestellt hat (§ 7 Abs 1 S 2 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien). Die ambulante Behandlung hat Vorrang vor der stationären Behandlung (§ 1 Abs 2 S 3 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien). Hieran hat der Vertragsarzt sein Ordnungsverhalten verbindlich auszurichten.

22

Das Regelungssystem unterstreicht den Vorrang vertragsärztlicher Versorgung auch im Übrigen: Vor- und nachstationäre Behandlung ist nämlich bloß in engem Zusammenhang mit vollstationärer Behandlung zulässig ([§ 115a Abs 1](#) und 2 SGB V), die gegenüber ambulanter Behandlung nachrangig ist (vgl. [§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#)). Als Annex voll- oder teilstationärer Krankenhausleistungen unterfällt sie dem Rechtsregime des Qualitätsgebots für Krankenhausleistungen (insbesondere [§ 2 Abs 1 S 3](#), [§ 12 Abs 1](#), [§ 70 Abs 1](#), [§ 137c SGB V](#)), nicht jenem der vertragsärztlichen Versorgung (insbesondere [§ 2 Abs 1 S 3](#), [§ 12 Abs 1](#), [§ 70 Abs 1](#), [§ 135 SGB V](#)). Vor- und nachstationäre Behandlung ist nicht kostengünstig vertragsärztlich sicherzustellen ([§ 72](#), [§ 72a](#), [§ 75 SGB V](#)), sondern aufwändiger durch zugelassene Krankenhäuser ([§§ 107 bis 109 SGB V](#)) und zweiseitige ([§ 112 SGB V](#)) sowie dreiseitige Verträge ([§ 115 SGB V](#)). Dementsprechend ist vor- und nachstationäre Behandlung nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Vergütung zu bezahlen (vgl. insbesondere [§ 72 Abs 2](#); [§ 75 Abs 7](#) und Abs 7a; [§ 82 Abs 2](#); [§ 85](#); [§§ 87 bis 87e SGB V](#)), sondern nach eigenständigen, mit den Regeln der Krankenhausvergütung verknüpften Bestimmungen (vgl. unten, II 1. d und e, zu [§ 8 Abs 2 S 3 KHEntG](#)). Der im Regelungssystem angelegte Vorrang der vertragsärztlichen vor der stationären, auch nachstationären Versorgung wurzelt in den Kostenvorteilen der vertragsärztlichen Versorgung, im Kern also im Wirtschaftlichkeitsgebot (vgl. entsprechend zu [§ 39 SGB V](#): Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesundheits-Reformgesetzes, [BT-Drucks 11/2237 S 177](#) zu [§ 38 Abs 1](#) des Entwurfs: "Vorrang der preisgünstigen ambulanten Behandlung").

23

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

24

Die bisherige Rechtsprechung des BSG steht mit der aufgezeigten Regelungskonzeption in Einklang. Danach schließt die Möglichkeit, vor- und nachstationäre Leistungen auch ambulant zu erbringen, ihre Zuordnung zur stationären Versorgung nicht aus, sofern sie nach Art und

Schwere der Erkrankung für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus erforderlich sind, im Hinblick auf eine notwendige stationäre Behandlung und unter Verantwortung eines im Krankenhaus tätigen Arztes erbracht werden sowie eine ansonsten notwendige stationäre Leistung ersetzen oder sie überflüssig machen (vgl BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 13](#) S 69; [BSGE 74, 263](#), 265 f = [SozR 3-2500 § 116 Nr 9](#) S 51 ff). In der Sache scheint auch das - im Zeitpunkt der Entscheidung - lediglich als Pressebericht vorliegende Urteil des 6. Senats des BSG vom 17.7.2013 - [B 6 KA 14/12 R](#) -, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, hieran anzuknüpfen. Es wendet sich für eine Sonderkonstellation - Abdeckung der nachstationären Behandlung durch eine nicht ausgeschöpfte Fallpauschale - gegen ein Normverständnis, das zu vom Gesetzgeber nicht gewollten Doppelzahlungen führt. Wie oben dargelegt, geht auch der erkennende 1. BSG-Senat davon aus, dass der Gesetzgeber Doppelzahlungen vermeiden wollte.

25

Für das Krankenhaus, dem ein Versicherter zur (vor)stationären Behandlung überwiesen wird, erwächst daraus allerdings das Problem, dass es die Erforderlichkeit zu prüfen hat. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die KK setzt nach allgemeinen Grundsätzen insbesondere die objektive Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung des Versicherten nach allein medizinischen Erfordernissen voraus (vgl [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), LS 2; Anschluss an [BSGE 99, 111](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 10](#)). Das Gericht hat dabei allerdings von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen (vgl [BSGE 99, 111](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 10](#), RdNr 27 und LS 2). Insoweit ist insbesondere zu berücksichtigen, dass der Vertragsarzt zur Unterstützung der Diagnostik und Therapie, der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und der Verkürzung der Verweildauer im Rahmen der Krankenhausbehandlung der Verordnung von Krankenhausbehandlung die für die Indikation der stationären Behandlung des Patienten bedeutsamen Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beizufügen hat, soweit sie ihm vorliegen (§ 6 Krankenhausbehandlungs-Richtlinien, Zusammenarbeit von Vertragsarzt und Krankenhaus). Ergibt sich daraus ohne Weiteres, dass der Vertragsarzt pflichtwidrig die notwendige vertragsärztliche Diagnostik nicht ausgeschöpft hat, sodass das Krankenhaus den Versicherten zumutbar und kunstgerecht hierauf verweisen kann, hat das Krankenhaus hiernach zu verfahren und eine vorstationäre Abklärung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit abzulehnen. In einem solchen Fall kann das Krankenhaus keine vorstationäre Vergütung beanspruchen.

26

Lässt der bei Aufnahme des Patienten zur vorstationären Abklärung dem aufnehmenden Arzt verfügbare Wissens- und Kenntnisstand demgegenüber keine Verweisung des Patienten auf notwendige vertragsärztliche Diagnostik zu, sondern erfordert er den Eintritt in eine Untersuchung, begründet dies zugleich den Anspruch auf Vergütung des Krankenhauses. Stellt sich bei der weiteren Untersuchung heraus, dass vertragsärztliche Diagnostik ausgereicht hätte, geht dies nicht zu Lasten der Vergütung des Krankenhauses. Allerdings kann die betroffene KK gegenüber dem Vertragsarzt, der pflichtwidrig notwendige vertragsärztliche Diagnostik unterließ, die dadurch entstandenen Kosten im Wege des Regresses eines sonstigen Schadens geltend machen. Die auf der Grundlage des [§ 106 Abs 4 S 1 SGB V](#) errichteten Prüfgremien entscheiden über die Wirtschaftlichkeit vertragsärztlicher Verordnungen. Die Partner der Bundesmantelverträge haben in § 48 Bundesmantelvertrag-Ärzte den Prüfgremien auch die Kompetenz zugewiesen, den sonstigen durch einen Vertragsarzt verursachten Schaden festzustellen, der einer KK aus der unzulässigen Verordnung von Leistungen oder aus der fehlerhaften Ausstellung von Bescheinigungen entsteht (vgl zB BSG Urteil vom 20.3.2013 - [B 6 KA 17/12 R](#) - RdNr 16, zur Veröffentlichung in [SozR 4-5540 § 48 Nr 2](#) vorgesehen).

27

Im vorliegenden Fall fehlt nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) jeglicher Anhalt dafür, dass bei Aufnahme des Versicherten zur vorstationären Diagnostik der verfügbare Wissens- und Kenntnisstand eine Verweisung auf notwendige vertragsärztliche Diagnostik zuließ. Das Krankenhaus der Klägerin musste am 13.8.2003 aufgrund der Verordnung von Krankenhausbehandlung unter Hinweis auf einen Krankheitsprogress der zervikalen Lymphknoten die vorliegenden alten und neuen CT-Aufnahmen vergleichen und klinische Befunde beim Versicherten erheben, um die Notwendigkeit stationärer Radiatio und Chemotherapie abzuklären. Das steht auch mit der Beurteilung des Sachverständigen Dr. K in Einklang, den das SG gehört hat. Unschädlich ist es demgegenüber - wie dargelegt - für den Vergütungsanspruch, dass sich nach der vorstationären Untersuchung herausstellte, dass vertragsärztliche Diagnostik ausgereicht hätte.

28

d) Der Anspruch auf Vergütung der vorstationären Behandlung war auch abrechenbar. Die vor- und nachstationäre Behandlung wird für alle Benutzer einheitlich nach [§ 115a SGB V](#) vergütet (§ 1 Abs 3 S 1 KHEntgG idF vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#), 1422). § 8 Abs 2 S 3 KHEntgG schränkt allerdings die Möglichkeit einer Abrechnung ein. Ua ist eine vorstationäre Behandlung neben der Fallpauschale nicht gesondert berechenbar (vgl § 8 Abs 2 S 3 Nr 4 KHEntgG, seit 25.3.2009 § 8 Abs 2 S 3 Nr 3 KHEntgG, frühere Nr 3 aufgeh, frühere Nr 4 jetzt Nr 3 gemäß Art 2 Nr 8 Buchst a DBuchst cc und dd Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz) vom 17.3.2009, [BGBl I 534](#)). Dieser Ausschluss greift vorliegend nicht ein, da sich an die vorstationäre Behandlung des Versicherten keine Krankenhausbehandlung anschloss.

29

e) Die Höhe der Vergütung ergibt sich aus der "Gemeinsame(n) Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach [§ 115a Abs 3 SGB V](#)" (im Folgenden: "Gemeinsame Empfehlung"; zur Überprüfbarkeit gemäß [§ 162 SGG](#) wegen bundesweiter Geltung vgl auch BSG SozR 4-2500 § 115a Nr 1 RdNr 12 mwN), die die Spitzenverbände der KKn und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) abgegeben haben (30.12.1996, abgedruckt in KH 1997, 139). Das folgt aus [§ 115a Abs 3 SGB V](#) (hier anzuwenden idF durch Art 1 Nr 41 Zweites Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz) vom 23.6.1997, [BGBl I 1520](#) mWv 1.7.1997). Danach vereinbarten die Landesverbände der KK, die Verbände der Ersatzkassen (ab 1.7.2008: die Ersatzkassen) und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der

Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistung mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs 2 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) - ([§ 115a Abs 3 S 1 SGB V](#)). Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen ([§ 115a Abs 3 S 2 SGB V](#)). Die Spitzenverbände der KKn (ab 1.7.2008: der Spitzenverband Bund der KKn) gemeinsam und die DKG oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der KÄBV Empfehlungen zur Vergütung ab ([§ 115a Abs 3 S 3 SGB V](#)). Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1 ([§ 115a Abs 3 S 4 SGB V](#)). Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs 1 KHG auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest ([§ 115a Abs 3 S 5 SGB V](#)). Die Vertragsparteien haben weder eine Vergütungsregelung für das Land Schleswig-Holstein getroffen noch die Schiedsstelle angerufen.

30

Die Gemeinsame Empfehlung (§ 1 S 1) sieht in Übereinstimmung mit [§ 115a Abs 3 S 2 SGB V](#) als Vergütung für vorstationäre Behandlungen pro Fall eine fachabteilungsbezogene Pauschale nach der Anlage 1 vor, soweit nicht Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten iS von § 3 Gemeinsame Empfehlung vom Krankenhaus zu vergüten sind. Für die Berechnung ist die Pauschale der Fachabteilung maßgeblich, welche die nachfolgende vollstationäre Krankenhausbehandlung durchführt (§ 1 S 2 Gemeinsame Empfehlung). Falls im Anschluss an eine vorstationäre Behandlung eine vollstationäre Behandlung nicht erforderlich ist, ist für die Berechnung die Pauschale der Fachabteilung maßgeblich, welche die vorstationäre Krankenhausbehandlung durchgeführt hat (§ 1 S 3 Gemeinsame Empfehlung). Die Vergütungspauschale für vorstationäre Leistungen der Fachabteilung für Innere Medizin beträgt 147,25 Euro (Anlage 1 Nr 1 Gemeinsame Empfehlung).

31

2. Der geltend gemachte Anspruch auf Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 3.9.2003 (Tag nach Fristablauf) für den nicht erfüllten Anspruch auf Krankenhausvergütung hat seine Rechtsgrundlage in § 9 und Anlage 1 des zwischen den Beteiligten geltenden Vergütungsvertrages vom 11.7.2003.

32

3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm [§ 154 Abs 1 VwGO](#), diejenige über den Streitwert aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm [§ 63 Abs 2](#), [§ 52 Abs 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2014-03-06