BUNDESSOZIALGERICHT

Verkündet am
27. November 2014

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 12/13 R

L 5 KR 326/12 (LSG Rheinland-Pfalz)
S 7 KR 511/10 (SG Speyer)

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte: .....,

g e g e n

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse,
Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 27. November 2014 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r, den Richter S c h r i e v e r und die Richterin Dr. W a ß e r sowie die ehrenamtlichen Richter K o c h und Prof. Dr. W e l t i für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 6. Juni 2013 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat auch die Kosten des Revisionsverfahrens zu tragen.

G r ü n d e :

I

1 Streitig ist die Vergütung von Medikamenten, die von der Krankenhausapotheke der Klägerin zur Versorgung einer bei der Beklagten versicherten Patientin abgegeben wurden.

2 Die Klägerin betreibt ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus mit einer Krankenhausapotheke, für die mit der Beklagten eine Vereinbarung nach § 129a SGB V über die Abgabe von Arzneimitteln an ambulant behandelte Patienten gemäß § 14 Abs 4 Apothekengesetz besteht *(Vereinbarung vom 31.3.2005)*.

3 Am 15.2.2007 führte ein zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigter, bei der Klägerin angestellter Krankenhausarzt in der Ermächtigungsambulanz bei der Versicherten eine Chemotherapie durch, bei der ihr Medikamente aus der Krankenhausapotheke verabreicht wurden. Als es nach Beginn der Carboplatin-Infusion bei der Versicherten zu einem Schweißausbruch mit Unwohlsein, Magendrücken, Palpitationen und Tachykardie kam, wurde die Infusion gestoppt und das Notfallteam des Krankenhauses gerufen, das der Versicherten nach Feststellung zu niedriger Sauerstoffwerte solchen verabreichte. Die wieder stabilisierte Versicherte wurde bis zum nächsten Tag stationär aufgenommen. Für den Krankenhausaufenthalt stellte die Klägerin der Beklagten die DRG E64D (Respiratorische Insuffizienz) in Höhe von insgesamt 601,93 Euro in Rechnung; zusätzlich berechnete sie die Medikamente mit 2663,43 Euro (nach Abzug der gesetzlichen Zuzahlung der Versicherten).

4 Die Beklagte zahlte die Rechnungsbeträge zunächst in voller Höhe. Ab Januar 2009 forderte sie die Rückzahlung der Kosten für die Medikamente, weil diese während der stationären Behandlung abgegeben worden und daher mit von der Vergütung für die Krankenhausbehandlung umfasst seien, und rechnete schließlich den Betrag mit anderen fälligen Zahlungsansprüchen aus Medikamentenabrechnungen der Krankenhausapotheke auf.

5 Das SG hat die Beklagte zur Zahlung verurteilt und ausgeführt, die Medikamente seien im Rahmen der ambulanten Chemotherapie verordnet worden und nicht Teil der stationären Krankenhausbehandlung, die zu dieser Zeit weder begonnen habe noch vorgesehen gewesen sei. Das LSG hat die Berufung der Beklagten - nach einer geringfügigen Rücknahme der Klage auf Zinsen ab Rechtshängigkeit - zurückgewiesen und zusätzlich ausgeführt, die Beklagte habe die Forderung außerhalb der gemäß § 9 Abs 3 Satz 2 der Vereinbarung nach § 129a SGB V geregelten Frist von zwölf Monaten nach Ende des Kalendermonats, in dem die vereinbarte Lieferung erfolgt sei, beanstandet.

6 Mit der Revision macht die Beklagte geltend, eine ambulant begonnene Chemotherapie, die aufgrund von Komplikationen in eine vollstationäre Behandlung überführt werde, sei als einheit-

liche stationäre Krankenhausbehandlung zu vergüten. Das BSG habe entschieden, dass eine begonnene ambulante Behandlung dem stationären Bereich zuzuordnen sei, wenn der Patient an dem selben Tag im unmittelbaren Zusammenhang mit einer ambulanten Operation stationär aufgenommen werde. Maßgeblich sei nicht der Beginn der stationären Behandlung, sondern der Gesamtzusammenhang. Andernfalls würde es zu einer doppelten Vergütung der Leistungen kommen. § 9 Abs 3 der Vereinbarung nach § 129a SGB V finde keine Anwendung, und nach der Rechtsprechung des BSG könne aus der Versäumung einer Frist kein Verfahrenshindernis abgeleitet werden.

7 Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 6. Juni 2013 sowie das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 9. November 2012 zu ändern und die Klage abzuweisen.

8 Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

9 Sie bezieht sich auf die Ausführungen der Vorinstanzen.

II

10 Die zulässige Revision der Beklagten ist unbegründet *(§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG)*. Die Aufrechnung ist unwirksam, weil der Beklagten der geltend gemachte Erstattungsanspruch nicht zusteht. Die Medikamente sind nicht von der Abrechnung der nachfolgenden Krankenhausbehandlung umfasst, sondern im Rahmen der ambulanten Behandlung gesondert zu vergüten.

11 1. Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen liegen vor. Streitgegenstand ist der Anspruch eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse auf Zahlung einer Vergütung in Höhe von 2663,43 Euro für Medikamente, die von der Krankenhausapotheke an Versicherte der Beklagten abgegeben wurden. Diesen Anspruch macht die Klägerin zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG geltend; denn es handelt sich bei der Zahlungsklage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt *(BSG SozR 4-2500 § 39 Nr 20 mwN; BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr 2; BSGE 86, 166, 167 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 1; BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3; BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr 12, RdNr 10; BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12; BSG SozR 3-2500 § 39 Nr 4; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 11 RdNr 10)*, auch wenn es um die Abrechnung von Kosten für Medikamente zur Versorgung eines Versicherten geht. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

12 2. In der Sache streiten die Beteiligten allerdings nur um die Wirksamkeit der von der Beklagten erklärten Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch in Höhe von 2663,43 Euro. Die mit der erhobenen Leistungsklage verfolgten Vergütungsansprüche der Klägerin aus späteren Apothekenleistungen für Versicherte der Beklagten sind demgegenüber unstreitig. Zwar hat das LSG weder ausdrücklich noch konkludent festgestellt, welche Vergütungsansprüche die Klägerin aufgrund welcher konkreten Leistungen von Medikamenten geltend macht. Die Beteiligten haben aber übereinstimmend als selbstverständlich vorausgesetzt, dass der Klägerin gegen die Beklagte - ohne Berücksichtigung der streitigen Zahlungsforderung - laufende Zahlungsansprüche aus der Abrechnung von Medikamenten aus der Krankenhausapotheke in Höhe von weiteren 2663,43 Euro erwachsen sind. Da die Beklagte sich gegenüber der Klage ausschließlich im Wege der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, steht die Klageforderung selbst außer Streit *(stRspr, vgl zB BSGE 93, 137 = SozR 4-2500 § 137c Nr 2, RdNr 6; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 5)*.

13 3. Rechtsgrundlage für die von einer Krankenkasse erklärte Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch zur wechselseitigen Erfüllung zweier Forderungen ist § 69 Abs 1 Satz 3 SGB V iVm §§ 387 ff BGB *(vgl BSG Urteil vom 18.6.2014 - B 3 KR 10/13 R - Juris, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; BSGE 107, 78 = SozR 4-2500 § 140d Nr 2; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17; BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13; BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 8; BSGE 93, 137 = SozR 4-2500 § 137c Nr 2)*. Die Erfüllungswirkung ist jedoch nicht eingetreten und der Zahlungsanspruch der Klägerin ist weiter offen, denn die Voraussetzungen der Aufrechnung sind nicht gegeben. Die Beklagte hat keinen Erstattungsanspruch über 2663,43 Euro gegen die Klägerin.

14 Die Beklagte hat die von der Krankenhausapotheke der Klägerin für die Versicherte zubereiteten und abgegebenen Medikamente zu Recht vergütet, weil der Klägerin insoweit ein gegenüber der Vergütung für die stationäre Behandlung gesonderter Entgeltanspruch zustand *(dazu 4. - allg zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausentgelten vgl schon BSGE 93, 137 = SozR 4-2500 § 137c Nr 2, RdNr 8 f)*. Aus diesem Grund bedurfte es keiner Entscheidung zu der Frage, ob die Beklagte die Abrechnung der Medikamente durch die Klägerin verspätet beanstandet hat *(dazu 5.)*.

15 4. Rechtsgrundlage für die Vergütungsansprüche der Klägerin gegen die Beklagte für Leistungen der Krankenhausapotheke ist § 129a SGB V iVm § 5 der entsprechenden Vereinbarung zwischen den Beteiligten vom 31.3.2005.

16 Nach § 129a Satz 3 SGB V darf eine Krankenhausapotheke verordnete Arzneimittel zu Lasten der Krankenkasse nach Maßgabe einer entsprechenden Vereinbarung mit dem Träger des zugelassenen Krankenhauses an Versicherte abgeben. Die Beteiligten haben am 31.3.2005 eine Vereinbarung gemäß § 129a SGB V über die Abgabe von Arzneimitteln der Krankenhausapotheke an Versicherte gemäß § 14 Abs 4 Apothekengesetz geschlossen. Gegenstand der

Vereinbarung ist nach deren § 1 die Abgabe und Abrechnung von verordneten Arzneimitteln gemäß § 31 Abs 1 Satz 1 SGB V, von Sprechstundenbedarf und von Hilfsmitteln gemäß Anlage 1 aus der Krankenhausapotheke des Krankenhausträgers gemäß § 129a SGB V iVm § 14 Abs 4 Apothekengesetz. Die Klägerin darf danach Arzneimittel ihrer Krankenhausapotheke gegenüber der Beklagten nur im Rahmen der ambulanten Versorgung von Versicherten mit Arzneimitteln gemäß § 31 Abs 1 Satz 1 SGB V abrechnen. Arzneimittel, welche die Klägerin im Rahmen von stationärer Krankenhausbehandlung zum Einsatz bringt, werden nicht gesondert, sondern im Rahmen der Krankenhausbehandlung - regelmäßig über Fallpauschalen - vergütet.

17 Die Voraussetzungen für die gesonderte Abrechnung von Medikamenten aus der Krankenhausapotheke sind erfüllt, weil Prof. Dr. V. der Versicherten am 15.2.2007 Medikamente zur Chemotherapie im Rahmen einer ambulanten Behandlung gemäß § 31 Abs 1 Satz 1 SGB V verordnet und verabreicht hat.

18 a) Der bei der Klägerin tätige Krankenhausarzt Prof. Dr. V. war gemäß § 116 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt und führte die Behandlung der Versicherten am 15.2.2007 auf der Basis dieser Ermächtigung als ambulante Chemotherapie unter Einsatz der hierfür medizinisch erforderlichen Medikamente durch. Für Krankenhausärzte, die nach § 116 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt sind, gelten nach der ständigen Rechtsprechung des BSG grundsätzlich dieselben Bestimmungen und Anforderungen wie für Vertragsärzte, soweit sie im ambulanten vertragsärztlichen Bereich tätig werden *(vgl BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr 16, RdNr 34 mwN)*. Die Verordnung von Arzneimitteln erfolgt daher nach § 31 SGB V. Die Versicherte war um 8:50 Uhr in die Ermächtigungsambulanz der Klägerin zur ambulanten Chemotherapie durch Prof. Dr. V. einbestellt worden. Ein stationärer Aufenthalt der Versicherten war nicht geplant oder vorgesehen. Es handelte sich mithin um eine ambulante Behandlung, in deren Rahmen Arzneimittel gemäß § 31 Abs 1 Satz 1 SGB V verordnet und zur Anwendung gebracht wurden. Diese sind nach der Vereinbarung gemäß § 129a SGB V vom 31.3.2005 zu vergüten.

19 b) Die als ambulante Chemotherapie geplante und begonnene Behandlung ist nicht dadurch zu einer stationären Behandlung geworden, dass die Versicherte aufgrund von Komplikationen noch am gleichen Tag stationär aufgenommen werden musste. Eine ambulant durchführbare und so auch geplante und begonnene ambulante Behandlung durch ermächtigte Krankenhausärzte wird nicht nachträglich aufgrund einer anschließenden stationären Behandlung im Krankenhaus, die wegen einer unvorhergesehenen Komplikation notwendig wurde, zum Bestandteil einer einheitlichen vollstationären Krankenhausbehandlung.

20 Krankenhausbehandlung wird in ihren verschiedenen Varianten in § 39 SGB V beschrieben. Nach § 39 Abs 1 Satz 1 SGB V wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär *(§ 115a SGB V)* sowie ambulant *(§ 115b SGB V)* erbracht. Sie umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach

Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung *(§ 39 Abs 1 Satz 3 SGB V)*. Das Gesetz enthält damit keine Definition des Begriffs der "stationären Krankenhausbehandlung", sondern nur eine Leistungsumschreibung. Die ambulante Behandlung durch hierzu ermächtigte Krankenhausärzte nach § 116 SGB V stellt jedoch unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt eine Krankenhausbehandlung dar, sondern erfolgt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

21 Leistungen, die im ambulanten, vertragsärztlichen Versorgungssektor bereits erbracht worden sind, können grundsätzlich nicht durch spätere Ereignisse nachträglich dem stationären Sektor zugerechnet werden. Die Leistungen sind vielmehr gesondert abzurechnen und zu vergüten; die Schnittstelle, dh der Übergang von vertragsärztlicher Versorgung zu stationärer Behandlung ist - schon wegen der getrennten Abrechnungssysteme - punktgenau zu ermitteln. Denn der in der vertragsärztlichen Versorgung unmittelbar mit der Leistungserbringung entstandene Vergütungsanspruch des behandelnden Arztes gegen die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) geht nicht aufgrund zeitlich später eintretender Komplikationen, die eine stationäre Behandlung erfordern, unter. Es handelt sich - auch im Falle einer Behandlung durch einen nach § 116 SGB V ermächtigten Krankenhausarzt - um einen eigenen Vergütungsanspruch des behandelnden Arztes gegen die KÄV und nicht um einen Anspruch des Krankenhausträgers. Das ergibt sich auch aus § 120 Abs 1 Satz 3 SGB V. Danach wird die "den ermächtigten Krankenhausärzten zustehende Vergütung (...) für diese" vom Krankenhausträger mit der KÄV abgerechnet. Ein unmittelbar gegen die Krankenkasse gerichteter Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers kann erst mit dem Erbringen von Krankenhausleistungen entstehen.

22 Die eindeutige Zuordnung der ambulanten Behandlung durch ermächtigte Krankenhausärzte nach § 116 SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung und nicht zu den Krankenhausleistungen ergibt sich bereits aus dem Wortlaut der Vorschrift und ist durch die Rechtsprechung des 6. Senats bestätigt worden *(vgl BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr 16, RdNr 34 mwN)*. Die ambulanten Leistungen der nach § 116 SGB V tätig werdenden Krankenhausärzte sind daher trotz ihrer engen Beziehungen zum Krankenhaus nicht dem Krankenhaus zuzurechnen. Die Krankenhausärzte werden im Rahmen ihrer Ermächtigung nach § 116 SGB V nicht für das Krankenhaus tätig, sondern erbringen im eigenen Namen eine vertragsärztliche Leistung auf eigene Rechnung. Schon aufgrund dieser personellen, organisatorischen und häufig auch räumlichen Trennung zwischen der ambulanten Behandlung durch Krankenhausärzte in der Ermächtigungsambulanz und den Leistungen des Krankenhauses kann eine als ambulante Behandlung begonnene Therapie grundsätzlich nicht durch nachträgliche Ereignisse zu einer stationären Leistung des Krankenhauses werden. Das würde zu einer Vermengung der rechtlich strikt getrennten Abrechnungssysteme über die KÄV einerseits und unmittelbar durch die Krankenkasse andererseits führen. Insoweit steht der ermächtigte Arzt einem in eigener Praxis tätigen Vertragsarzt gleich. Schließlich haben Versicherte, die ambulant behandelt werden, regelmäßig keinen Anspruch auf vollstationäre Behandlung. Denn dies setzt voraus, dass das

Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann *(§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V)*. Auch vorliegend war eine stationäre Behandlung der Versicherten zur Zeit der Leistungserbringung - insbesondere zu dem Zeitpunkt, als die Medikamente der Chemotherapie zum Einsatz kamen - noch nicht erforderlich.

23 Vereinbarungen eines nach § 116 SGB V ermächtigten Krankenhausarztes mit dem Träger des Krankenhauses über die Abführung von Teilen der im Rahmen der Ermächtigung bezogenen Vergütung an den Krankenhausträger vermögen an dieser grundsätzlichen Trennung zwischen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und Krankenhausleistungen nichts zu ändern.

24 c) Aus dem Senatsurteil vom 4.3.2004 *(BSGE 92, 223 = SozR 4-2500 § 39 Nr 1)* kann die Beklagte nichts für ihren von diesen Grundsätzen abweichenden Standpunkt herleiten. Streitig war in dem damals zur Entscheidung stehenden Fall die Abgrenzung von vollstationärer operativer Versorgung und ambulanter Operation iS des § 115b SGB V nach einer unter Vollnarkose erfolgten Entfernung von Weisheitszähnen mit einem Aufenthalt der Patientin im Krankenhaus zwischen 7:00 Uhr und 17:00 Uhr am Behandlungstag. Zur Abgrenzung dieser beiden Krankenhausleistungen hat der Senat auf die physische und organisatorische Eingliederung der Versicherten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses abgestellt. Dabei hat er ausdrücklich betont, dass eine einheitliche vollstationäre Behandlung gegeben ist, wenn sich nach Durchführung der ambulant geplanten Operation aus medizinischen Gründen die Notwendigkeit ergibt, die Patientin über Nacht im Krankenhaus zu beobachten und/oder auch weiter zu behandeln *(BSG, aaO, RdNr 23)*.

25 Diese Rechtsprechung ist speziell auf Krankenhausleistungen zugeschnitten und kann nicht auf Leistungen von Leistungserbringern aus verschiedenen Versorgungssektoren angewandt werden, die ihre Leistungen gesondert abrechnen. Denn das Krankenhaus erbringt regelmäßig Leistungen, ohne von Anfang an wissen zu können, nach welchen Regeln die Leistungen später abgerechnet werden. Die Aufnahmeuntersuchung muss durchgeführt werden, ohne abschätzen zu können, ob diese im Rahmen einer Fallpauschale oder anderweitig abgegolten wird. Auch die Fallpauschale selbst steht endgültig erst nach Abschluss der Behandlung fest. Nur vor diesem Hintergrund handelt es sich auch dann um eine einheitliche, vollstationäre Krankenhausbehandlung, wenn eine ambulant durchführbare und so auch geplante und begonnene Operation im Krankenhaus wegen einer Komplikation im nachoperativen Verlauf eine ständige Beobachtung und weitere Behandlung über die Nacht hinweg erforderlich macht und der Patient daher nicht wie geplant noch am gleichen Tag entlassen werden kann. Wird der Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit einer ambulanten Operation "stationär aufgenommen", gehen auch die Vertragsparteien nach § 6 Abs 1 Satz 2 des Vertrages nach § 115b SGB V vom 22.3.1993 *(bzw § 7 Abs 2 des ab 1.1.2004 gültigen Vertrags)* davon aus, dass die Leistungen nach einer einheitlichen stationären Behandlung zu vergüten sind. Deshalb kann die Entschei-

dung zum Verbleib des Patienten über Nacht auch nach Beginn der Behandlung getroffen werden. Auswirkungen auf die Zuordnung vor der Aufnahmeentscheidung schon durchgeführter Behandlung zur ambulanten oder stationären Versorgung kann die Aufnahmeentscheidung aber nur haben, wenn die zuvor durchgeführte Behandlung auch eine solche "des" Krankenhauses war. Ein Bündel von Leistungen kann nur dann als einheitliche stationäre Krankenhausbehandlung gewertet und vergütet werden, wenn die umfassten Einzelleistungen solche des Krankenhauses (einschließlich der vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter nach § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 Krankenhausentgeltgesetz) sind, für die dem Krankenhausträger der Vergütungsanspruch zusteht. Das ist - wie dargelegt - bei der ambulanten Behandlung durch Krankenhausärzte nach § 116 SGB V nicht der Fall. Hier ist eine Eingliederung der Versicherten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses erst mit ihrer Notaufnahme erfolgt. Die zuvor erbrachten Leistungen erfolgten gerade nicht im Rahmen des Versorgungssystems des Krankenhauses, sondern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch den hierzu ermächtigten Krankenhausarzt, der die Medikamente nach § 31 Abs 1 Satz 1 SGB V verordnete. Ergibt sich während oder nach einer ambulanten vertragsärztlichen Behandlung die Notwendigkeit einer unmittelbar anschließenden stationären Versorgung, beginnt diese erst mit der Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes.

26 d) Das kann anders zu beurteilen sein, wenn sich an eine zunächst ambulant begonnene Therapie in den Räumen des Krankenhauses typischer- und vorhersehbarerweise eine stationäre Aufnahme anschließt, die Behandlung also richtigerweise von vornherein stationär hätte durchgeführt werden müssen. Das ist aber bei der Chemotherapie nicht der Fall. Deshalb ist auch der vom 6. Senat am 8.9.2004 entschiedene Sachverhalt *(SozR 4-2500 § 39 Nr 3 = SozR 4-5540 § 45 Nr 1 = SozR 4-5550 § 43 Nr 1)*, in welchem den Patienten schon im Vorfeld der Operation der anschließende Aufenthalt in einer Privatklinik durch Merkblätter empfohlen wurde, mit dem vorliegenden nicht vergleichbar. Da in diesem Fall die Aufenthalte der Patienten nach der Operation in der Privatklinik durch die operierenden Ärzte veranlasst waren, wurde die Krankenhausbedarfsplanung unterlaufen, gegen die Zuordnung von Leistungen zur vertragsärztlichen bzw stationären Versorgung der Versicherten verstoßen und die Möglichkeiten, operative Leistungen im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen, unzulässig erweitert. Vor diesem Hintergrund hat der 6. Senat in der oben genannten Entscheidung ausgeführt, für Leistungen eines Vertragsarztes, die dieser nicht gemäß den Bestimmungen des Vertragsarztrechtes erbracht habe, könne ihm auch kein Vergütungsanspruch zustehen.

27 Diese Ausführungen sind nicht auf unvorhergesehen eingetretene Komplikationen im Rahmen einer grundsätzlich ambulant durchführbaren Chemotherapie übertragbar. Es entspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot, Chemotherapien ambulant durchzuführen, soweit sich im Vorfeld keine Hinweise dafür zeigen, dass eine Krankenhausbehandlung erforderlich werden könnte. Dann müssen diese Leistungen aber auch vergütet werden, wenn sich das Risiko unvorhergesehener Komplikationen im Einzelfall verwirklicht und (zusätzlich) ein anschließender Krankenhaus-

aufenthalt erforderlich wird. Einem niedergelassenen Vertragsarzt kann grundsätzlich die Vergütung für erbrachte ambulante Behandlungen nicht verweigert werden, wenn der Patient in unmittelbarem Zusammenhang mit dieser Behandlung stationär aufgenommen wird. Dies gilt genauso für ambulante Behandlungen durch nach § 116 SGB V ermächtigte Krankenhausärzte.

28 e) Entgegen der Auffassung der Beklagten führt die getrennte Abrechnung und Vergütung der jeweils erbrachten Einzelleistungen auch nicht zu doppelten Vergütungsansprüchen. Der ermächtigte Krankenhausarzt erhält seine Vergütung für die ambulante Chemotherapie von der KÄV, der Träger des Krankenhauses erhält die Vergütung für die von der Krankhausapotheke geleisteten Medikamente und zusätzlich für den stationären Aufenthalt der Versicherten, für den aber nur die seit Eintreffen des Notfallteams erbrachten Leistungen abgerechnet werden dürfen. Folgerichtig hat die Klägerin den stationären Aufenthalt der Versicherten nach der DRG E64D (Respiratorische Insuffizienz) abgerechnet und nicht eine stationäre Chemotherapie. Daher sind die Medikamente für die Chemotherapie auch nicht mit der Fallpauschale abgegolten.

29 5. Die Frage, ob der Beklagten auch wegen verspäteter Beanstandung der Abrechnung kein Erstattungsanspruch zustand, muss mangels ausreichender Feststellungen offenbleiben. Nach § 9 Abs 3 Satz 2 der in Rheinland-Pfalz geltenden Vereinbarung vom 31.3.2005 nach § 129a SGB V über die Abgabe von Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke an ambulant behandelte Patienten gemäß § 14 Abs 4 Apothekengesetz können die Vertragspartner rechnerische oder sachliche Beanstandungen der Rechnungen (nur) innerhalb einer Frist von zwölf Monaten nach Ende des Kalendermonates, in dem die vereinbarte Lieferung (Abgabedatum gemäß Anlage 2) erfolgt ist, geltend machen, und diese Beanstandungsfrist wird durch die Frist gemäß § 8 der Vereinbarung entsprechend verlängert *(§ 9 Abs 3 Satz 3 der Vereinbarung)*. Nach den unbeanstandet gebliebenen Feststellungen des LSG erfolgte die vorliegende Beanstandung der Abrechnung seitens der Beklagten außerhalb dieser Frist.

30 Das Recht der Krankenkasse, Abrechnungen auf ihre Wirtschaftlichkeit zu überprüfen, darf aber durch Beanstandungsfristen in Vereinbarungen nicht so weitgehend eingeschränkt werden, dass angemessene Abrechnungsprüfungen innerhalb der Frist strukturell nicht durchgeführt werden können. Ein strukturell bedingter Ausschluss effektiver Prüfungen bestimmter Arzneimittelverordnungen und Leistungsabrechnungen verstößt gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot. Insoweit schließt sich der erkennende Senat der Rechtsprechung des 6. Senats *(Urteil vom 3.2.2010 - B 6 KA 37/08 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 26 RdNr 19 ff)* und des 1. Senats *(insbesondere Urteil vom 13.11.2012 - B 1 KR 27/11 R - BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr 1, RdNr 35 bis 40, insbesondere RdNr 37, aber auch Urteil vom 2.7.2013 - B 1 KR 49/12 R - SozR 4-2500 § 129 Nr 9 RdNr 12)* an.

31 Die Beklagte hat darauf hingewiesen, dass sich die Beanstandungen der Rechnungen iS des § 9 Abs 3 der Vereinbarung regelmäßig allein auf die Überprüfung der ärztlichen Verordnungen und der Abrechnungen stützen und die Zwölf-Monatsfrist im Hinblick auf solche Abrechnungs-

prüfungen vereinbart worden sei. Die Überprüfung, ob die Arzneimittel im Rahmen einer stationären Behandlung verabreicht oder ambulant verordnet wurden, darf aber nicht durch eine Vereinbarung der Beteiligten systematisch ausgeschlossen werden. Es würde dem Wirtschaftlichkeitsgebot zuwider laufen, wenn die Kassen solche Fehlabrechnungen praktisch sehenden Auges hinnehmen müssten, nur weil sie die dazu erforderlichen Informationen nicht innerhalb der Frist zusammenführen können. Sollten solche Abrechnungsprüfungen wegen des Aufwands der Verknüpfung verschiedener Datenbestände schon abwicklungstechnisch innerhalb der vereinbarten Frist von zwölf Monaten nicht durchführbar sein, kann die Vereinbarung hierauf keine Anwendung finden. Sie wäre dann - wenn sie nach gesetzeskonformer Auslegung auch diese Fälle erfassen sollte - insoweit nicht mit höherrangigem Recht vereinbar.

32 Eine Zurückverweisung zur näheren Aufklärung der abwicklungstechnischen Erfordernisse einer solchen Überprüfung kommt aber im vorliegenden Verfahren nicht in Betracht, da die Rechnung ohnehin keinen Anlass zur Beanstandung bot.

33 6. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO.