



Siehe auch: Presse-Vorbericht Nr. 9/13 vom 28.2.2013, Presse-Mitteilung Nr. 9/13 vom 6.6.2013

BUNDESSOZIALGERICHT Urteil vom 21.3.2013, B 3 KR 28/12 R

Krankenversicherung - Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die Krankenkasse - Prüfung einer Krankenhausbehandlung durch den MDK - Beginn der Sechs-Wochen-Frist bei ambulant durchführbaren Operationen nur bei ordnungsgemäßer Information der Krankenkasse über den Grund der stationären Leistungserbringung

Tenor

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 18. Juli 2012 aufgehoben und der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 451,04 Euro festgesetzt.

Tatbestand

- 1 Streitig ist die weitere Vergütung einer stationären Krankenhausleistung in Höhe eines Restbetrages von 451,04 Euro .
- 2 Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte G.H. wurde vom 4. - 6.3.2008 wegen einer coronaren Gefäßerkrankung im Hause der Klägerin stationär behandelt und einer Herzkatheteruntersuchung unterzogen. Die anschließend erstellte Rechnung über 1347,89 Euro bezahlte die Beklagte nicht, sondern teilte der Klägerin nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) (*Gutachten vom 20.5.2008*) mit, dass eine ambulante Behandlung möglich gewesen und kein Grund für eine stationäre Behandlung ersichtlich sei. Hiergegen wandte sich die Klägerin mit einer umfangreichen medizinischen Stellungnahme (*Schreiben vom 3.12.2008*), die die Beklagte erneut dem MDK zuleitete; mit Gutachten vom 11.12.2008 kam dieser nun zu dem Ergebnis, dass eine stationäre Behandlung von einem Tag (*DRG F66Z*) nachvollziehbar sei. Die Beklagte erkannte die Richtigkeit der nunmehr vom MDK ermittelten Berechnungsgrundlagen an, zahlte jedoch zunächst gleichwohl nicht.
- 3 Das SG hat die auf 1347,89 Euro gerichtete Zahlungsklage abgewiesen (*Gerichtsbescheid vom 11.12.2009*): In Höhe von 896,85 Euro sei die Klage unzulässig, weil die Beklagte den Zahlungsanspruch in dieser Höhe anerkannt habe; im Übrigen sei die Klage unbegründet, weil nur ein stationärer Behandlungstag erforderlich gewesen sei. Das LSG hat die nach angenommenem Anerkenntnis der Beklagten über 896,85 Euro reduzierte Berufung der Klägerin in Höhe des Restbetrages von 451,04 Euro zurückgewiesen (*Urteil vom 18.7.2012*): Die durchgeführte Herzkatheteruntersuchung werde in der Regel ambulant vorgenommen. Deshalb hätte die Klägerin der Beklagten gegenüber die Gründe angeben müssen, warum hier ausnahmsweise eine stationäre Behandlung erforderlich gewesen sei. Dies sei nicht geschehen und die Rechnung der Klägerin darum gar nicht fällig geworden (*Verweis auf Urteil des erkennenden Senats vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R - BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24*). Das Nachholen der Begründung ändere an diesem Ergebnis nichts, weil das Krankenhaus hiermit nach § 242 BGB

ausgeschlossen sei. Denn diese Begründung sei erst nach mehreren Schriftwechseln und ca acht Monate nach der Schlussrechnung durch die Klägerin erfolgt, nämlich in der ärztlichen Stellungnahme vom 3.12.2008.

- 4 Hiergegen wendet sich die Klägerin mit der vom LSG zugelassenen Revision. Sie habe ihre gesetzlich vorgegebenen Informationspflichten im Verhältnis zur Beklagten vollständig erfüllt. Das vom LSG zugrunde gelegte Urteil des erkennenden Senats vom 16.5.2012 sei in sich widersprüchlich und unvereinbar mit den Regelungen des § 301 Abs 1 SGB V und der auf dieser Grundlage getroffenen Datenübermittlungsvereinbarung. Weder die gesetzliche Regelung noch die Vereinbarung enthielten Vorgaben oder überhaupt Möglichkeiten zur Übermittlung zusätzlicher Daten zum Grund der Aufnahme oder der Aufnahmediagnose. Die vom BSG aufgestellten Anforderungen seien deshalb auch nicht konform mit den datenschutzrechtlichen Vorgaben des § 67b Abs 1 SGB X. Unzutreffend sei das LSG zudem davon ausgegangen, dass die von ihr erbrachte Leistung grundsätzlich ambulant durchzuführen gewesen sei. Herzkatheteruntersuchungen rechneten nach der Vereinbarung zu § 115b SGB V zu den sog Kategorie-2-Leistungen, die ambulant wie stationär durchgeführt werden dürften.
- 5 Die Klägerin beantragt,
- das Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 18.7.2012 und den Gerichtsbescheid des SG Hannover vom 11.12.2009 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr weitere 451,04 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 18.4.2008 zu zahlen.
- 6 Die Beklagte verteidigt das angefochtene Berufungsurteil und beantragt,
- die Revision zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe

- 7 Die Revision ist im Sinne der Aufhebung des Berufungsurteils und Zurückverweisung der Sache an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet (§ 170 Abs 2 S 2 SGG). Ob der geltend gemachte restliche Vergütungsanspruch besteht, kann auf Grundlage der bisher getroffenen Feststellungen nicht abschließend entschieden werden.
- 8 1. Gegenstand des Revisionsverfahrens ist das Begehren der Klägerin, die im Streit stehende Versorgung nach der ungekürzten DRG F66Z und damit ohne einen Abschlag für die Unterschreitung der unteren Grenzverweildauer in Höhe von 451,04 Euro vergütet zu erhalten. Nachdem die Beklagte die Notwendigkeit der stationären Behandlung wegen der eingetretenen Komplikationen für den Tag im Anschluss an die Katheteruntersuchung bereits anerkannt hat, ist nur noch darüber zu befinden, ob der Versicherte - wie die Klägerin geltend macht - schon am Vorabend der Untersuchung notwendig stationär aufgenommen werden dürfen und die Krankenhausleistung deshalb mit der vollen Fallpauschale zu vergüten ist. Dieses Begehren verfolgt die Klägerin zulässig mit der (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG (*stRspr*; vgl zB BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3 S 18, 20; BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr 12, RdNr 10; BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9).
- 9 2. Rechtsgrundlage des geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs 4 S 3 SGB V iVm § 7 S 1 Nr 1 KHEntgG (*hier anzuwenden idF von Art 2 Nr*

5 Buchst a des Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes - 2. FPÄndG vom 15.12.2004, BGBl I 3429) und der für die Versorgung maßgeblichen Pflegesatzvereinbarung sowie dem am 1.11.1992 in Kraft getretenen "Vertrag zwischen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und den zuständigen Verbänden der Krankenkassen" (nachfolgend: Landesvertrag). Danach entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich ist. Der Behandlungspflicht zugelassener Krankenhäuser iS des § 109 Abs 4 S 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in §§ 16 und 17 KHG in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger festgelegt wird (vgl BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1 S 3; BSGE 90, 1, 2 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3 S 20).

- 10 3. Ob die Klägerin im Sinne dieser Vergütungsvoraussetzungen auch vom 4. auf den 5.3.2008 eine iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V "erforderliche" stationäre Leistung erbracht hat, ist entgegen der Auffassung des LSG nicht deshalb unerheblich, weil die hierfür maßgebenden Gründe erst in der ärztlichen Stellungnahme vom 3.12.2008 und damit ca acht Monate nach der von ihr vorgelegten Abrechnung benannt worden sind. Das ist insbesondere nicht der Entscheidung des erkennenden Senats vom 16.5.2012 (B 3 KR 14/11 R - BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24) zu entnehmen.
- 11 a) Mit jenem Urteil hat der Senat entschieden, dass die Ausschlussfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V für Prüfungen einer Krankenhausbehandlung nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V nur in Gang gesetzt wird, wenn die Krankenkasse vom Krankenhaus über Anlass und Verlauf der Krankenhausversorgung ordnungsgemäß informiert worden ist. Denn die Krankenkassen sind 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 (§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V). Bei Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V ist diese Prüfung nach der durch Art 1 Nr 185 Buchst a des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes <GKV-WSG> vom 26.3.2007 mit Wirkung zum 1.4.2007 eingeführten Regelung des § 275 Abs 1c S 1 "zeitnah" durchzuführen. Nach S 2 der Vorschrift wird das dahin präzisiert, dass eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Demgemäß darf der MDK seither (vgl BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 4) für Einzelfallprüfungen nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V Sozialdaten beim Krankenhaus nur noch erheben, wenn die Fristvoraussetzungen des § 275 Abs 1c S 2 SGB V gewahrt sind. Da die Krankenkassen gehindert sind, selbst in die ärztlichen Behandlungsunterlagen Einsicht zu nehmen (BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3), hat das nach der oa Senatsentscheidung vom 16.5.2012 zur Folge, dass Krankenkasse und MDK bei einer einzelfallbezogenen Abrechnungsprüfung nach Ablauf der Ausschlussfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V auf die Daten beschränkt sind, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung jeweils zur Verfügung gestellt hat (Urteil vom 16.5.2012, aaO, RdNr 17 ff und 24 ff).

b) Diese Begrenzung steht im Zusammenhang mit den wechselseitigen Auskunft-, Prüf- und Mitwirkungspflichten zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und MDK, die nach ständiger Rechtsprechung des erkennenden Senats auf drei Ebenen bestehen: Danach sind zwingend auf der ersten Stufe zunächst die Angaben nach § 301 Abs 1 SGB V (*hier anwendbar idF von Art 1 Nr 171 GKV-Modernisierungsgesetz <GMG> vom 14.11.2003, BGBl I 2190*) zu machen. Hiernach ist das Krankenhaus verpflichtet, der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung die wesentlichen Aufnahme- und Behandlungsdaten zu übermitteln. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist abschließend und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung von Versicherten auf jeden Fall zu übermitteln sind (*vgl BT-Drucks 12/3608 S 124*); darunter befindet sich auch - hier von besonderem Belang - gemäß § 301 Abs 1 S 1 Nr 3 SGB V der "Grund der Aufnahme". Erschließen sich aufgrund dessen oder eines landesvertraglich vorgesehenen Kurzberichts die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten Mitarbeitern der Krankenkasse nicht selbst, hat diese auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V einzuleiten und beim MDK eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen, die auf der Grundlage der vom Krankenhaus der Krankenkasse zur Verfügung gestellten Unterlagen - also insbesondere den Angaben nach § 301 SGB V - sowie ggf mit vom Versicherten überlassenen Unterlagen zu erstellen ist (§ 276 Abs 1 S 2 SGB V). Lässt sich auch unter Auswertung dieser Sozialdaten ein abschließendes Ergebnis nicht finden, so hat das Krankenhaus schließlich auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung auf eine von der Krankenkasse nach § 275 Abs 1c S 2 SGB V ordnungsgemäß eingeleitete Prüfung dem MDK gemäß § 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB V auch alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Prüfanfrage der Krankenkasse benötigt werden. Auf dieser Grundlage ist der MDK ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten beim Krankenhaus anzufordern (*vgl BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 12 Nr 3*); das Krankenhaus ist zu deren Vorlage verpflichtet, weil in einem solchen Fall allein durch die Angaben gemäß § 301 SGB V und einen etwaigen Kurzbericht eine zuverlässige Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit oder anderer Fragen der Abrechnung nicht möglich ist. Diese nachgelagerte Mitwirkungspflicht des Krankenhauses entfällt indes gemäß § 275 Abs 1c S 2 SGB V seit dem 1.4.2007, wenn die Krankenkasse bzw der MDK einen entsprechenden Prüfauftrag nicht innerhalb der Sechs-Wochen-Frist zeitgerecht erteilt und dem Krankenhaus hierüber Mitteilung gemacht hat (*BSG Urteil vom 16.5.2012 - BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 17 ff*).

- 13 c) Voraussetzung für diesen Wegfall der Mitwirkungspflicht des Krankenhauses auf der dritten Stufe der Sachverhaltsermittlung bei Versäumung der Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V ist allerdings auf Seite der Krankenhäuser die ordnungsgemäße Information der Krankenkassen über die von ihnen abgerechneten Versorgungsleistungen nach Maßgabe ihrer Mitwirkungsobliegenheiten insbesondere aus § 301 SGB V sowie ggf ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen. Hierin ist abschließend aufgezählt, welche Angaben die Krankenhäuser den Krankenkassen bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten unmittelbar zu übermitteln haben. 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*). Fehlt es an einer dieser Angaben, so tritt nach ständiger Rechtsprechung des erkennenden Senats mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit der

abgerechneten Forderung nicht ein (vgl BSGE 90, 1, 3 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3 S 22; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 1 RdNr 12). Ebenso mangelt es dann an der verfahrensrechtlichen Voraussetzung für den Beginn der Ausschlussfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V (Urteil vom 16.5.2012 - BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 33).

- 14 d) An dieser Rechtsprechung hält der Senat trotz der Angriffe der Revision ausdrücklich fest. Bereits vor Begründung der Ausschlussfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V und der zugleich eingeführten Aufwandspauschale des § 275 Abs 1c S 3 SGB V war der Gesetzgeber davon ausgegangen, dass die Krankenhäuser den Krankenkassen auf der Grundlage von § 301 Abs 1 SGB V alle notwendigen Angaben zur Verfügung zu stellen haben, die diese insbesondere zur ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötigen (vgl BT-Drucks 12/3608 S 124). Das ist zur Erfüllung der Krankenkassenaufgaben auch regelungssystematisch geboten. Nach den klaren Vorstellungen des Gesetzgebers liegt es in der Verantwortung der Krankenkassen (vgl § 275 Abs 1 S 1 Halbs 1 SGB V: "sind ... wenn es ... erforderlich ist, verpflichtet"), Krankenhausabrechnungen auch in medizinischer Hinsicht überprüfen zu lassen. Wie das BSG bereits mehrfach hervorgehoben hat, rechnet es danach zu einer elementaren Krankenkassenaufgabe, auf die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 2 Abs 1 S 1, § 4 Abs 3, § 12 SGB V) zu achten, welches uneingeschränkt auch im Bereich des Leistungserbringungsrechts gilt (§ 70 Abs 1 SGB V, vgl BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 4). In diesem Sinne basiert § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V auf der Pflicht einerseits der Krankenkassen, nur solche Leistungen zu bewilligen, und andererseits der Krankenhäuser, nur solche Leistungen zu bewirken, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Der Anspruch auf Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V setzt deshalb ua voraus, dass die Behandlung notwendig bzw erforderlich war (vgl dazu und zu den sich daraus ergebenden Anforderungen näher BSG - Großer Senat - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 15 ff, 27 ff). Es obliegt den Krankenkassen, gerade diese Voraussetzungen zu überprüfen und hierzu ggf den MDK einzuschalten (vgl zu diesem Zusammenhang eingehend BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 19; Urteil des erkennenden Senats vom 16.5.2012, SozR 4-2500 § 275 Nr 5 RdNr 10).
- 15 Dieser Rechtspflicht sind die Krankenkassen durch die Einführung von § 275 Abs 1c SGB V mit seinen Beschleunigungsgeboten und dem Anreiz möglichst zur Vermeidung von einzelfallbezogenen Prüfungen (§ 275 Abs 1c S 3 SGB V) nicht enthoben worden; sie sollen sie nur zielgerichteter wahrnehmen. Anlass für die Neuregelung war ausweislich der Materialien die Einschätzung, dass die Prüfungsmöglichkeiten nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V von einzelnen Krankenkassen in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung genutzt worden waren, was zu unnötiger Bürokratie geführt hatte. Als Beitrag zum Bürokratieabbau wurde deshalb mit der Aufwandspauschale nach § 275 Abs 1c S 3 SGB V ein Anreiz dafür gesetzt, Einzelfallprüfungen zielorientierter und zügiger durchzuführen (BT-Drucks 16/3100 S 171). Das gewährleistet zwar keine Detailgerechtigkeit in jedem Einzelfall, jedoch können Krankenkassen, die ihre Einzelfallprüfung gezielt durchführen, Mehrausgaben weitgehend vermeiden (BT-Drucks aaO). Diesen gesetzgeberischen Vorstellungen können die Krankenkassen nur gerecht werden, wenn sie ihrerseits vom Krankenhaus alle zur Beurteilung des jeweiligen Einzelfalls unerlässlichen Informationen erhalten, um die Prüfung der Krankenhausabrechnungen im Sinne der vom Gesetzgeber angestrebten

Bürokratieminderung bereits auf der ersten oder zweiten Stufe und ohne Beauftragung des MDK mit Erhebungen im Krankenhaus auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung abschließen zu können.

- 16 Entsprechend dem Grundsatz "ambulant vor stationär" hat ein Krankenhaus deshalb im Rahmen des § 301 Abs 1 S 1 Nr 3 SGB V - Grund der Aufnahme - ebenfalls notwendige Angaben dazu zu machen, warum eine im Regelfall ambulant durchführbare Versorgung im konkreten Einzelfall stationär vorgenommen worden ist. Auch nach Einführung von § 275 Abs 1c SGB V haben die Krankenkassen nach der eindeutigen Vorstellung des Gesetzgebers den MDK einzuschalten, wenn "Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit" bestehen (*BT-Drucks 16/3100 S 171 unter Verweis auf Urteil des erkennenden Senats vom 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R - BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2 - Berliner Fälle*). Solche Zweifel muss eine Krankenkasse bei einer in der Regel ambulant durchführbaren Versorgung aus Rechtsgründen notwendigerweise haben, wenn sie vom Krankenhaus keine Angaben dazu erhalten hat, warum im abgerechneten Einzelfall gleichwohl eine stationäre Behandlung notwendig gewesen sein soll, weil das Behandlungsziel mit den ambulanten Möglichkeiten nicht erreicht werden konnte (*BSG - Großer Senat - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 15 ff*). Wäre die Rechtsauffassung der Klägerin zutreffend, müsste demnach der MDK in all diesen Fällen mit einer Prüfung auf der dritten Stufe beauftragt und auf Grundlage der von ihm so beizuziehenden Behandlungsunterlagen ermittelt werden, ob ausnahmsweise besonderer Anlass für die stationäre Versorgung einer grundsätzlich auch ambulant durchführbaren Behandlung bestanden hat. Das ist ersichtlich schon mit den Zielen unvereinbar, die der Gesetzgeber mit der Einführung von § 275 Abs 1c SGB V verfolgt hat; sie bezweckte ja gerade eine Reduzierung und nicht die Ausweitung der Einzelfallprüfungen nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V. Hinzu kommt, dass der MDK der falsche Adressat wäre, denn er ist der Sachwalter der medizinischen Expertise und darf hiervon erst dann Gebrauch machen, wenn es um medizinische Fragen und Bewertungen geht. Die Pflicht des Krankenhauses zu ergänzenden Angaben betrifft aber keine gemäß § 301 SGB V unzulässige medizinische Auskunft an die Krankenkasse, sondern - ähnlich wie Einweisungs- und Aufnahmeendiagnose - lediglich den Grund für das Abweichen vom Standardvorgehen "ambulant vor stationär". Ob dieser Grund tatsächlich vorliegt und die durchgeführte stationäre Versorgung wirklich trägt, ist dann eine medizinische Frage, die zu klären allein dem MDK obliegt. Im Übrigen wäre es mit den gegenseitigen Obhutspflichten in der Dauerbeziehung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus schlechterdings unvereinbar, wenn ein Krankenhaus bei ihm verfügbare und für die Prüfung der Krankenhausabrechnung erforderliche Informationen nicht weitergibt und die Krankenkasse dadurch dem Risiko aussetzt, ihrem Prüfauftrag nur um den Preis eines Kostenrisikos nach § 275 Abs 1c S 3 SGB V nachkommen zu können (*zu diesen Obhutspflichten vgl schon BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 18 RdNr 32 sowie BSGE 105, 150 = SozR 4-2500 § 109 Nr 20, RdNr 12*).
- 17 e) An der Erfüllung dieser Informationspflichten ist die Klägerin - anders als sie meint - auch nicht durch die Datenübermittlungsvorschriften gehindert, die gemäß § 301 Abs 3 SGB V vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder den Bundesverbänden der Krankenhausträger zur Ausgestaltung der Übermittlungserfordernisse nach § 301 Abs 1 SGB V gemeinsam vereinbart werden. Dabei kann offenbleiben, ob diese Vorgaben tatsächlich keine Angaben zum Grund der Aufnahme bei auch ambulant durchführbaren Leistungen erlauben, wie die Klägerin vorträgt. Denn die im Schreiben der Klägerin vom 3.12.2008 mitgeteilten weiteren medizinischen Daten deuten darauf hin, dass diese

möglicherweise ergänzend als Nebendiagnosen hätten Eingang finden können, so dass ein Abweichen vom ambulanten Regelfall für die Beklagte früh plausibel gewesen wäre. Entscheidend ist aber, dass eine Krankenhausabrechnung nach den dargelegten Maßgaben grundsätzlich nur dann schlüssig ist, wenn ihr iS von § 301 Abs 1 Nr 3 SGB V ausreichende Angaben zum Grund der stationären Leistungserbringung beigegeben werden. In vielen Fällen wird die Krankenkasse die notwendigen Angaben schon zweifelsfrei dem vom Krankenhaus übermittelten Datensatz entnehmen können. Ist das nicht der Fall, kann dies - so lange die Vertragspartner des § 301 Abs 3 SGB V die erforderlichen Vordrucke noch nicht angepasst haben - in entsprechender Anwendung des § 301 Abs 1 S 2 SGB V durchaus auf dem Weg geschehen, dass erforderliche Angaben in nicht maschinenlesbarer Form erfolgen - also zB durch separates Anschreiben, Fax oder E-Mail. Dass zumindest dies nicht möglich gewesen ist, hat die Klägerin selbst nicht geltend gemacht. Deshalb wäre jedenfalls spätestens die Krankenhausabrechnung der richtige Anlass gewesen, der Krankenkasse den Grund der stationären Durchführung einer grundsätzlich ambulant erbringbaren Leistung mitzuteilen.

- 18 f) Das bedeutet indes nicht, dass das Krankenhaus - wie vom LSG angenommenen - an der nachträglichen Ergänzung seiner ursprünglich nicht ausreichend substantiierten Schlussrechnung gehindert wäre. Dies ist auch mit der Entscheidung vom 16.5.2012 selbst nicht ausgesagt worden. Urteilsgrundlage war damals in tatsächlicher Hinsicht die auf die medizinischen Unterlagen gestützte und mit zulässigen Revisionsrügen nicht angegriffene Feststellung des LSG, dass die stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten im streitigen Zeitraum medizinisch nicht erforderlich gewesen sei. Auf dieser sachlichen und den Senat bindenden (§ 163 SGG) Grundlage bestand kein Raum, der klagenden Klinik nochmals Gelegenheit zur Darlegung von Gründen dafür zu geben, warum in dem dort zu entscheidenden Fall ausnahmsweise Gründe für eine stationäre Durchführung der kardiorespiratorischen Polysomnographie bestanden haben (*BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 34*).
- 19 g) Auch ansonsten ist die vom LSG angenommene zeitliche Begrenzung nicht zu rechtfertigen. Dabei kann offenbleiben, ob und inwieweit die zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bestehenden Pflichten zu gegenseitiger Rücksichtnahme zeitliche Grenzen für die nachträgliche Information der Krankenkasse über den Anlass für die ausnahmsweise stationäre Durchführung einer ansonsten dem ambulanten Bereich vorbehaltenen Versorgung setzen. Ebenso kann offenbleiben, ob die vom 1. und 3. Senat entwickelten Grundsätze zur nachträglichen Rechnungskorrektur (*vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 27 und 28*) hier anzuwenden sein könnten. Zwar hat die Klägerin erst mit Schreiben vom 3.12.2008 und damit vergleichsweise spät auf die nicht unberechtigte Anfrage der Beklagten vom 20.5.2008 nach den Gründen der stationären Versorgung des Versicherten reagiert und mitgeteilt, weshalb aus Ihrer Sicht ausnahmsweise dessen Aufnahme ins Krankenhaus veranlasst war. Mit einer solchen zeitlichen Abfolge sind - anders als vom LSG angenommen - die äußeren zeitlichen Grenzen aber noch nicht verletzt, die sich insoweit aus Treu und Glauben ergeben könnten.
- 20 4. Der Nachweis der Erforderlichkeit der stationären Behandlung des Versicherten als Vergütungsvoraussetzung ist - anders als möglicherweise die Klägerin meint - auch nicht deshalb entbehrlich, weil es sich vorliegend um eine medizinische Maßnahme im Rahmen von § 115b SGB V handelt. Denn die Herzkatheteruntersuchung kann trotz ihrer Aufnahme in den Katalog nach § 115b Abs 1 S 1 Nr 1 SGB V fakultativ auch stationär durchgeführt werden. Der Statuierung

einer Ausnahme von der Pflicht zur Angabe des Grundes der Aufnahme stünde - wie das LSG im Ergebnis zu Recht ebenfalls angenommen hat - § 39 Abs 1 S 2 SGB V iVm § 115b SGB V und der auf dieser Rechtsgrundlage geschlossene "Vertrag nach § 115b Abs 1 SGB V - Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus" entgegen (*hier anzuwenden in der ab 1.4.2005 geltenden Fassung gemäß der Bundesschiedsamt-Festsetzung in der Sitzung am 18.3.2005, vgl <http://daris.kbv.de/daris.asp>, Rechtsquellen, Teil F, Dokumentation, recherchiert am 6.3.2013*). Die im Urteil vom 16.5.2012 für stationäre Versorgungen, die in der Regel ambulant zu erbringen sind, entwickelten Grundsätze finden deshalb uneingeschränkt auch im Rahmen des § 115b SGB V Anwendung.

- 21 a) Der grundsätzlich unmittelbar durch die Inanspruchnahme der Leistung seitens des Versicherten ausgelöste und auf § 109 Abs 4 S 3 SGB V beruhende Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses für eine stationäre Behandlung (*vgl BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1 S 3; BSGE 90, 1, 2 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3 S 20*) entsteht - wie bereits dargelegt - nur, soweit die stationäre Versorgung iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V "erforderlich" gewesen ist. Das setzt voraus, dass die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden kann und eine ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreicht, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (*vgl BSG - Großer Senat - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 15 ff; BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr 12, RdNr 13; BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 18*). Davon ist bei ambulant durchführbaren Operationen und sonstigen stationersetzenden Eingriffen nach § 115b SGB V nur auszugehen, wenn im jeweiligen konkreten Einzelfall die ambulanten Versorgungsmöglichkeiten zur Verfolgung der Behandlungsziele des § 27 Abs 1 S 1 SGB V nicht ausreichend sind. Diesbezüglich haben die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe vereinbart (§ 115b Abs 1 S 1 Nr 1 SGB V). Darin sind diejenigen ambulant durchführbaren Operationen und stationersetzenden Eingriffe gesondert benannt, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können, und allgemeine Tatbestände bestimmt, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung erforderlich sein kann (§ 115b Abs 1 S 2 SGB V).
- 22 b) Dies belegt, dass der in §§ 39 Abs 1 S 2, 73 Abs 4 S 1 SGB V normierte Nachrang der stationären Versorgung auch bei den Katalogleistungen nach § 115b Abs 1 S 1 Nr 1 SGB V gilt - und zwar unabhängig davon, ob es sich um eine Leistung nach der Kategorie I oder II handelt. Werden diese Leistungen nicht ambulant erbracht, besteht Anlass für das Krankenhaus, den Grund für die stationäre Aufnahme - wenn es sich schon nicht aus den Aufnahmediagnosen selbst ergibt - näher darzulegen, also auch für die hier von der Klägerin erbrachte Herzkatheteruntersuchung (*vgl AOP-Katalog 2008, Abschnitt 2: Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe gemäß § 115b SGB V außerhalb Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM, Zeilen 5 ff, vgl <http://www.kbv.de/9897.html>, recherchiert am 6.3.2013*). Zwar gilt für Leistungen dieser Art nicht schon eine grundsätzliche Vermutung, dass sie von besonderen Ausnahmefällen abgesehen dem ambulanten Bereich vorbehalten sind. Darauf kommt es indes nicht maßgebend an. Entscheidend ist vielmehr, dass die Aufnahme in den Katalog des § 115b Abs 1 S 1 Nr 1 SGB V prinzipiell die Möglichkeit ihrer Erbringung im ambulanten Rahmen eröffnet und deshalb die Erforderlichkeit der stationären Versorgung der besonderen Begründung

bedarf. Die Leistungen der Kategorie II mögen zwar häufiger stationär durchzuführen sein als die Leistungen der Kategorie I; rechtlich sind aber beide der ambulanten Versorgung zugänglich, wenn die Versorgungsziele des § 27 Abs 1 S 1 SGB V so ausreichend verfolgt werden können. Ob das jeweils der Fall ist oder ob ggf Grund für eine stationäre Leistungserbringung besteht, richtet sich nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall und steht - anders als die Revision möglicherweise meint - nicht im freien Belieben des Leistungserbringers (*BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr 12, RdNr 23; BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 20*).

- 23 5. Ob für die stationäre Aufnahme des Versicherten bereits am Vortag der bei ihm durchgeführten Herzkatheteruntersuchung die demnach vorausgesetzte Erforderlichkeit iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V vorgelegen hat, kann der Senat anhand der vom Berufungsgericht bisher getroffenen Feststellungen nicht beurteilen. Das LSG wird dieser Frage deshalb im erneuten Berufungsverfahren weiter nachzugehen haben. Hierbei werden allerdings die Grenzen zu beachten sein, die sich aus der Senatsentscheidung vom 16.5.2012 ergeben. Da die Beklagte den MDK nach dem Schreiben der Klägerin vom 3.12.2008 ausschließlich zu einer internen Fallberatung nach Aktenlage (2. Stufe der Sachverhaltserhebung) beigezogen und nicht mit einer weitergehenden Sachverhaltsaufklärung im Krankenhaus (3. Stufe der Sachverhaltserhebung) beauftragt hat, können die Behandlungsunterlagen der Klägerin wegen der Fortwirkung der Ausschlussfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V nunmehr auch im gerichtlichen Verfahren nicht mehr beigezogen werden (*vgl Urteil vom 16.5.2012 - BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 24 ff*). Die Beweisaufnahme hat sich deshalb auf die Frage zu beschränken, ob die von der Klägerin gegebene Begründung vom 3.12.2008 die Erforderlichkeit der Aufnahme des Versicherten bereits am Vorabend der Herzkatheteruntersuchung aus medizinischer Sicht schlüssig zu begründen vermag. Den Einwänden der Beklagten gegen die Richtigkeit der insoweit von der Klägerin gegebenen Sachverhaltsdarstellung wird dagegen nur auf der Grundlage der bisher vorgelegten Unterlagen nachzugehen sein; die nachträgliche Beiziehung der Krankenbehandlungsunterlagen als Beweismittel scheidet dagegen aus.
- 24 6. Das LSG wird auch über die Kosten des Revisionsverfahrens zu entscheiden haben.
- 25 7. Die Festsetzung des Streitwerts für das Revisionsverfahren beruht auf § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3, § 47 Abs 1 GKG.