

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

BSG Az.: **B 1 KR 4/25 R**

LSG Nordrhein-Westfalen 07.11.2024 - L 16 KR 632/22 KH

SG Düsseldorf 29.07.2022 - S 34 KR 270/18

.....,

...

Kläger und Revisionskläger,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

BARMER,
Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:

.....

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 28. Mai 2026 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E s t e l m a n n , die Richterinnen J u s t und Dr. M a t t h ä u s sowie den ehrenamtlichen Richter R a t t e y und die ehrenamtliche Richterin B u t z m ü h l e n für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 7. November 2024 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 2152,21 Euro festgesetzt.

ECLI:DE:BSG:2026:280526UB1KR425R0

G r ü n d e :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung von ambulanten Krankenhausleistungen im Anschluss an eine vollstationäre Behandlung.
- 2 Das nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus behandelte vom 5.7 bis 2.8.2013 einen an einem angioimmunoblastischen T-Zell-Lymphom erkrankten Versicherten der Beklagten vollstationär zur Durchführung einer am 12.7.2013 vorgenommenen allogenen Stammzelltransfusion. Für die Behandlung stellte der Kläger der Beklagten insgesamt 89 646,76 Euro nach der Fallpauschale A04C (*obere Grenzverweildauer <OGVD> 56 Tage*) in Rechnung. Die Beklagte beglich den Rechnungsbetrag vollständig. Im Zeitraum vom 5.8. bis 24.9.2013 erfolgten im Krankenhaus des Klägers an insgesamt elf Tagen ambulante Nachsorge- und Kontrolluntersuchungen. Diese rechnete der Kläger als ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V (*in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung des Gesetzes zur strukturierten Weiterentwicklung der Pflegeversicherung <Pflege-Weiterentwicklungsgesetz> vom 28.5.2008, BGBl I 874*); *im Folgenden: aF*) in Höhe von 2152,21 Euro ab. Das Krankenhaus verfügte insofern im Behandlungszeitraum über eine fortgeltende Bestimmung der Bezirksregierung, ambulante Behandlungen unter anderem für Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen durchzuführen. Die Beklagte beglich die Rechnung nur in Höhe von 2140,01 Euro. Im Anschluss machte sie nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einen Erstattungsanspruch in Höhe des gezahlten Betrages geltend und verrechnete diesen mit unstreitigen Forderungen des Klägers aus anderen Behandlungsfällen. Die ambulante Behandlung sei als nachstationäre Behandlung abzurechnen und mit der Fallpauschale A04C bereits abgegolten.
- 3 Die auf Zahlung von 2152,21 Euro gerichtete Klage, der die Beklagte mit einer Hilfswiderklage auf Zahlung von 2140,01 Euro entgegengetreten ist, hat das SG abgewiesen (*Urteil vom 29.7.2022*). Das LSG hat die Berufung des Klägers zurückgewiesen. Die Beklagte habe wirksam die Aufrechnung erklärt. Das Aufrechnungsverbot aus dem in Nordrhein-Westfalen geltenden Landesvertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V greife nicht bei Leistungen nach dem für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) geltenden § 116b SGB V. Der Beklagten habe auch ein Erstattungsanspruch zugestanden, da dem Vergütungsanspruch für eine Behandlung nach § 116b SGB V jedenfalls das Wirtschaftlichkeitsgebot entgegengestanden habe. Der Kläger hätte die ambulante Behandlung des Versicherten bei nicht ausgeschöpfter Fallpauschale und der davon ausgehenden Sperrwirkung nach § 8 Abs 2 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) als nachstationäre Behandlung gemäß § 115a SGB V erbringen können. Die in § 115a Abs 2 Satz 2 SGB V vorgesehene Drei-Monatsfrist für eine nachstationäre Behandlung im Anschluss an eine Organübertragung nach dem Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (*Trans-*

plantationsgesetz <TPG> vom 5.11.1997, BGBl I 2631) sei auch auf eine dem Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz <TFG> vom 1.7.1998, BGBl I 1752, hier idF durch Art 12 des Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.7.2009, BGBl I 1990) unterfallende Übertragung von Stammzellen anzuwenden (Urteil vom 7.11.2024).

- 4 Mit seiner Revision rügt der Kläger eine Verletzung von § 116b, § 115a Abs 2 Satz 2 Halbsatz 2, § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 Buchst b SGB V. Die ambulante Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V sei ihrem Wesen nach mit der vertragsärztlichen Versorgung vergleichbar. Als solche sei sie vorrangig gegenüber einer stationären Behandlung, zu der auch eine vor- und nachstationäre Behandlung gemäß § 115a SGB V zähle. Demgegenüber beruhe der vom BSG bereits entschiedene Vergütungsausschluss für eine ambulante Operation im Krankenhaus (§ 115b SGB V) bei nicht ausgeschöpfter Fallpauschale darauf, dass sich die Regelungen für eine ambulante Operation und für eine nachstationäre Behandlung überschneiden. Es handele sich jeweils um Krankenhausbehandlung gemäß § 39 Abs 1 Satz 1 SGB V. Dies sei bei einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116b SGB V gerade nicht der Fall. Ferner habe das LSG die zeitlichen Grenzen des § 115a Abs 2 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V verkannt. Die Gleichsetzung der Transplantation von Stammzellen - unabhängig davon, ob die Stammzellen aus Knochenmark oder peripherem Blut gewonnen würden - mit einer Organübertragung nach § 9 Abs 2 TPG sei nicht zulässig. Darüber hinaus sei auch bei einer Organtransplantation die Höchstzahl von sieben Behandlungstagen für eine nachstationäre Behandlung gemäß § 115a Abs 2 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V zu beachten. Schließlich greife das landesvertragliche Aufrechnungsverbot, da das LSG von einer nachstationären Behandlung ausgehe.
- 5 Der Kläger beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 7. November 2024 und des Sozialgerichts Düsseldorf vom 29. Juli 2022 aufzuheben sowie die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 2152,21 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 7. November 2015 zu zahlen.
- 6 Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 7 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

- 8 Die zulässige Revision ist unbegründet (§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG). Zu Recht hat das LSG die Berufung des Klägers gegen das klageabweisende Urteil des SG zurückgewiesen.
- 9 Die von dem Kläger erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (*stRspr*; vgl. BSG vom 16.12.2008 - B 1 KN 1/07 KR R - BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9; BSG vom 16.8.2021 - B 1 KR 18/20 R - BSGE 133, 24 = SozR 4-2500 § 2 Nr 17, RdNr 7), aber unbegründet. Die geltend gemachten, nach Grund und Höhe nicht bestrittenen Vergütungsansprüche aus der Behandlung anderer Versicherter der Beklagten sind durch Aufrechnung mit einem Erstattungsanspruch in Höhe von 2140,01 Euro erloschen. Der Beklagten stand wegen der Behandlung des Versicherten nach den den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) dieser Erstattungsanspruch zu (*dazu 1.*). Der Kläger hat auch keinen Zahlungsanspruch in Höhe des bisher von der Beklagten nicht beglichenen Rechnungsbetrags von 12,20 Euro für die Behandlung des Versicherten (*dazu 2.*).
- 10 1. Die Beklagte hat mit einem Erstattungsanspruch in Höhe von 2140,01 Euro (*dazu a und b*) wirksam aufgerechnet (*dazu c*).
- 11 a) Soweit der Kläger unter dem 1.7.2013 eine "Konsiliarpauschale nach strahlentherapeutischer Behandlung gemäß Richtlinie nach der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch ionisierende Strahlen (Strahlenschutzverordnung)" nach der Gebührenordnungsposition 25214 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen abrechnete, kann dahinstehen, ob insofern eine vorstationäre Behandlung stattgefunden hatte. Es sind schon die Voraussetzungen der Leistungslegende nicht erfüllt. Am 1.7.2013 konnte der eventuelle persönliche Arzt-Patienten-Kontakt als obligatorischer Leistungsinhalt nicht nach strahlentherapeutischer Behandlung stattgefunden haben. Nach den bindenden Feststellungen des LSG fand die Strahlentherapie erst vom 9. bis 11.7.2013 statt.
- 12 b) Der Kläger erwarb für die ambulanten Nachsorge- und Kontrolluntersuchungen an elf Tagen im Zeitraum vom 5.8. bis 24.9.2013 keinen gesonderten Vergütungsanspruch gegen die Beklagte. Diese Untersuchungen sind als nachstationäre Behandlung mit der Fallpauschale für die zuvor vollstationär durchgeführte Stammzelltransfusion abgegolten. Dass der Kläger seinen Vergütungsanspruch auf § 116b Abs 8 Satz 3 SGB V (*idF des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG> vom 22.12.2011, BGBl I 2983*) iVm § 116b Abs 5 SGB V stützt, führt zu keiner anderen Beurteilung. § 115a Abs 1 SGB V ermöglicht es den Krankenhäusern nicht nur, unter der bereichsbezogenen Nichtgeltung des ansonsten grundsätzlichen Vorrangs der vertragsärztlichen Versorgung die ambulante Nachsorge als nachstationäre Behandlung selbst durchzuführen ("Das Krankenhaus kann..."). Die Vorschrift verpflichtet die Krankenhäuser im Regelfall auch dazu, eine im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderliche Behand-

lung zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolgs innerhalb der zeitlichen Grenzen des § 115a Abs 2 Satz 2 SGB V als nachstationäre Leistung zu erbringen (*dazu aa*). Die ambulante Behandlung des Versicherten im Krankenhaus des Klägers erfüllte die Voraussetzungen einer nachstationären Behandlung (*dazu bb*). Einer gesonderten Vergütung dieser Behandlung steht der Vergütungsausschluss des § 8 Abs 2 Satz 3 Nr 3 KHEntgG entgegen. Auch unter Berücksichtigung der elf ambulanten Behandlungstage wird die OGVD der für die Stammzelltherapie abgerechneten Fallpauschale A04C nicht überschritten (*dazu cc*).

- 13 aa) Die nachstationäre Behandlung durch das Krankenhaus stellt den gesetzlich privilegierten Normalfall dar. Sind die in § 115a Abs 1 und 2 SGB V normierten Voraussetzungen einer nachstationären Behandlung erfüllt, ist das Krankenhaus nicht nur berechtigt, sondern grundsätzlich auch verpflichtet, die Nachsorge als nachstationäre Behandlung zu erbringen und abzurechnen.
- 14 Zwar ist der Wortlaut des § 115a SGB V insoweit offen. Nach § 115a Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V "kann" das Krankenhaus Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung). Aus Entstehungsgeschichte und Regelungszweck ergibt sich jedoch, dass das Krankenhaus regelhaft bei Vorliegen der Voraussetzungen die Leistungen nachstationär erbringen soll.
- 15 (1) Die nachstationäre Behandlung ist gemäß § 39 Abs 1 Satz 1 SGB V Teil der Krankenhausbehandlung. Nach der Intention des Gesetzgebers sollten durch die Einführung des § 115a SGB V die vollstationären Krankenhausbehandlungen verkürzt und die Kosten der stationären Versorgung reduziert werden. Die Begründung des Entwurfs eines Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheits-Strukturgesetz) spricht ausdrücklich von der Ausschöpfung der Kostenvorteile der vor- und nachstationären Behandlung. Die Befristung der vor- und nachstationären Behandlung sollte dabei sicherstellen, dass die ambulante vertragsärztliche Versorgung außerhalb des genannten Zeitraums (weiterhin) Vorrang hat (*vgl. BT-Drucks 12/3608 S 102 zu Nr 63; vgl. auch BSG vom 17.9.2013 - B 1 KR 51/12 R - BSGE 114, 209 = SozR 4-2500 § 115a Nr 2, RdNr 20; BSG vom 17.7.2013 - B 6 KA 14/12 R - SozR 4-2500 § 116 Nr 9 RdNr 15*).
- 16 Für die Phase der vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus ging der Gesetzgeber demgegenüber zwar von einer primären, nicht aber von einer ausschließlichen Zuweisung der Behandlung zum Krankenhaus aus, sodass eine Behandlung durch Vertragsärzte nicht grundsätzlich ausgeschlossen ist. Nach der in der Gesetzesbegründung formulierten Regelungsabsicht bedarf es hierfür jedoch besonderer Umstände: Dies ist etwa der Fall, wenn eine ärztliche Behandlung aufgrund einer anderen Indikation erforderlich ist (*vgl. hierzu auch § 115a Abs 2 Satz 5 SGB V*). Ferner können an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte tätig werden, wenn eine Behandlung der zur Krankenhausaufnahme führenden Erkrankung aus zeitlichen (zB Notfall), räumlichen (zB weite Entfernung des Krankenhauses vom Wohnort) oder aus

anderen wichtigen Gründen außerhalb des Krankenhauses sinnvoll ist (*BT-Drucks 12/3608 S 102 zu Nr 63; vgl auch BSG vom 17.7.2013 - B 6 KA 14/12 R - SozR 4-2500 § 116 Nr 9 RdNr 16*).

- 17 (2) Dagegen hat die nachstationäre Behandlung nach dem Regelungszweck des § 115a Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V durch das Krankenhaus stattzufinden, wenn die ambulante Nachsorge aus medizinischen Gründen durch das Krankenhaus stattfinden soll und auch kann, in dem sich der Patient zuvor vollstationär aufgehalten hat. Für die "Sicherung des Behandlungserfolgs" im Sinne des § 115a Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V kann es wichtig sein, dass das Krankenhaus, welches die vollstationäre Behandlung erbracht hat, den Patienten auch in der Zeit nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beobachten kann. Die Ärzte des Krankenhauses können gerade in schwierigen Fällen mit größerer Sicherheit beurteilen, welche Komplikationen erwartbar sind und wann ggf eine erneute vollstationäre Aufnahme des Patienten unvermeidbar ist (*vgl BSG vom 17.7.2013 - B 6 KA 14/12 R - SozR 4-2500 § 116 Nr 9 RdNr 15*). Insbesondere Organübertragungen nach dem TPG sowie ihnen gleichgestellte Stammzelltransplantationen nach dem TFG - wie sie hier vorliegt - machen eine engmaschige Überwachung durch die transplantierenden, dafür besonders qualifizierten Krankenhausärzte erforderlich (*vgl hierzu sogleich unter bb*).
- 18 Dies gilt auch dann, wenn das Krankenhaus aufgrund einer anderen Rechtsnorm berechtigt ist, eine ambulante Behandlung durchzuführen, etwa aufgrund einer Ermächtigung oder - wie hier - aufgrund einer Bestimmung zur Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen nach § 116b SGB V aF, und auf dieser Rechtsgrundlage abrechnen will. Zwar erfolgt die Nachsorge in diesem Fall durch dieselbe ärztliche Einrichtung. Dennoch bedarf es auch hier einer besonderen Begründung für die Abweichung vom Regelfall. Dies folgt bereits daraus, dass eine nachstationäre Behandlung in vielen Fällen nicht zu einer gesonderten Vergütung führt, sondern von der Fallpauschale für die stationäre Behandlung umfasst wird (*vgl § 8 Abs 2 Satz 3 Nr 3 KHEntgG und hierzu RdNr 32*).
- 19 (3) Regelungssystematisch bestätigt wird dies durch Satz 2 des § 115a Abs 1 SGB V, der mit Wirkung vom 1.1.2012 durch das GKV-VStG eingefügt wurde und der Flexibilisierung der Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Vertragsärzten dient. Danach liegt selbst bei einer Durchführung der Nachsorge durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis eine nachstationäre Behandlung vor. Mit der Beauftragung durch das Krankenhaus erbringt der niedergelassene Vertragsarzt Leistungen des Krankenhauses nach § 115a SGB V (*vgl Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Entwurf eines GKV-VStG, BT-Drucks 17/8005 S 114; vgl auch BSG vom 17.7.2013 - B 6 KA 14/12 R - SozR 4-2500 § 116 Nr 9 RdNr 17*). Nichts anderes kann dann gelten, wenn die Nachsorge und/oder Kontrolluntersuchungen vom Krankenhaus selbst durchgeführt werden.
- 20 (4) Aus alldem folgt: Soll die Nachsorge im Krankenhaus gestützt auf eine andere Rechtsgrundlage nicht als nachstationäre Behandlung erfolgen, muss es hierfür im Einzelfall besondere

Gründe geben. Diese können sich - über die oben angeführten Aspekte hinaus, die bei einer ambulanten Behandlung durch das Krankenhaus selbst regelmäßig nicht einschlägig sein werden - auch aus Wirtschaftlichkeitsaspekten ergeben, etwa weil die ambulante Behandlung im Einzelfall kostengünstiger abgerechnet werden kann. Soweit der Senat demgegenüber in der Vergangenheit entschieden hat, dass nachstationäre Behandlung regelmäßig nicht erforderlich ist, wenn stattdessen vertragsärztliche Versorgung ausreicht (*BSG vom 17.9.2013 - B 1 KR 51/12 R - BSGE 114, 209 = SozR 4-2500 § 115a Nr 2, RdNr 19 ff*), hält er hieran nicht fest. Das Gegenteil ist zutreffend.

- 21 bb) Nach den unangegriffenen Feststellungen des LSG waren die Voraussetzungen einer nachstationären Behandlung hier erfüllt. Es stützt seine Überzeugung auf das durch den Kläger unbestritten gebliebene Gutachten des MDK, wonach die ambulanten Nachsorgebehandlungen beziehungsweise Kontrolluntersuchungen des Versicherten der Sicherung und Festigung des Erfolgs der zuvor durchgeführten vollstationären Behandlung objektiv gedient haben.
- 22 Die ambulante Behandlung des Versicherten hat auch die zeitliche Grenze der nachstationären Behandlung eingehalten. Danach darf die nachstationäre Behandlung sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Abs 2 TPG drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Einschlägig ist die für Transplantationen vorgesehene Drei-Monatsfrist. Diese ist auf die hier erfolgte, dem TFG unterfallende Stammzelltransplantation entsprechend anwendbar.
- 23 (1) Nach den Feststellungen des LSG erfolgte bei dem Versicherten eine Transplantation von Stammzellen, die aus dem peripheren Blut des Spenders gewonnen wurden. Anders als für Stammzellspenden aus dem entnommenen Knochenmark gilt daher schon nicht das in § 115a Abs 2 Satz 2 SGB V ausdrücklich in Bezug genommene TPG. Gemäß § 1 Abs 2 Satz 1 iVm Abs 3 Nr 2 TPG (*idF des Gesetzes zur Regelung der Entscheidungslösung im TPG vom 12.7.2012, BGBl I 1504, mWv 1.11.2012*) gilt das Gesetz für die Spende und die Entnahme von menschlichen Organen oder Geweben zum Zwecke der Übertragung sowie für die Übertragung der Organe oder der Gewebe einschließlich der Vorbereitung dieser Maßnahmen, nicht jedoch für Blut und Blutbestandteile. Erst recht handelt es sich bei der Stammzellspende aus peripherem Blut nicht um eine Organtransplantation nach § 9 Abs 2 TPG, worauf die Klägerin zu Recht hinweist. Einschlägig für die Gewinnung von Blutstammzellen ist vielmehr das TFG (*vgl § 9 TFG idF bis 25.11.2016 <Blutstammzellen und andere Blutbestandteile>*).
- 24 (2) Im Ergebnis zu Recht ist das LSG jedoch davon ausgegangen, dass § 115a Abs 2 Satz 2 Alt 2 SGB V auf einen solchen Sachverhalt anzuwenden ist. Es geht hier jedoch nicht - wie das LSG meint - um eine erweiternde Auslegung der Norm, sondern um deren analoge Anwendung auf die Transfusionsfälle.

- 25 Die Übertragung einer Norm auf einen Sachverhalt, der vom Wortsinn der Norm nicht umfasst wird, ist nur geboten, wenn eine unbewusste planwidrige Regelungslücke vorliegt, der zu lösende Sachverhalt mit dem geregelten Sachverhalt vergleichbar ist und nach dem Grundgedanken der Norm und dem mit ihr verfolgten Zweck dieselbe rechtliche Bewertung erfordert (*vgl BSG vom 14.11.2024 - B 1 KR 32/23 R - SozR 4-5560 § 17c Nr 17 RdNr 18 mwN*). Diese Voraussetzungen für eine analoge Anwendung sind hier erfüllt.
- 26 Die Vergleichbarkeit des nicht geregelten Sachverhalts und die Übertragbarkeit des Normzwecks der Regelung auf diesen Sachverhalt liegen vor.
- 27 Die Neuregelung in § 115a Abs 2 Satz 2 SGB V mit Wirkung vom 1.12.1997 ist durch den Gesetzgeber mit der Gefahr plötzlich auftretender Komplikationen vor allem in den ersten drei Monaten nach der Transplantation begründet worden. Dies mache eine engmaschige Überwachung durch die transplantierenden, dafür besonders qualifizierten Krankenhausärzte erforderlich (*vgl Entwurf eines TPG, BT-Drucks 13/4355 S 32*). Dies gilt schon wegen der fortbestehenden erheblichen Risiken und grundsätzlich vergleichbarer Gefährdungslagen in gleicher Weise bei der Übertragung von Stammzellen, unabhängig davon, ob diese aus dem Knochenmark oder dem peripheren Blut des Spenders gewonnen werden (*zB Überwachung des Engraftment mit Chimärismusanalysen; Möglichkeit einer Spender-gegen-Empfänger-Reaktion - Graft-versus-Host-Reaktion; vgl nur https://en.wikipedia.org/wiki/Hematopoietic_stem_cell_transplantation*). Gerade in der Frühphase nach allogener Stammzelltransplantation ist von großer Bedeutung, ob das Transplantat anwächst oder abgestoßen wird (*vgl Leitlinien zur Allogenen Stammzelltransplantation von Bader, Bornhäuser, Grigoleit, Kröger für die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Hämatopoetische Stammzelltransplantation und Zelluläre Therapie eV, Stand Dezember 2022, "Monitoring, Chimärismusanalysen und Bestimmung der minimalen Resterkrankung (MRD)" unter 1. Zusammenfassung, abrufbar unter onkopedia.com*). Zu diesem Zweck sind Kontrollen, ob die regenerierte Blutbildung vom Empfänger oder vom Spender stammt, in Form der auch hier bei dem Versicherten durchgeführten Chimärismusanalyse, dh der genotypischen Untersuchung der Hämatopoese nach Transplantation, erforderlich (*vgl Leitlinien, aaO unter 2.1.1.*). Dies ist unabhängig davon, ob die Stammzellen aus dem Knochenmark des Spenders gewonnen wurden - und damit das TPG einschlägig ist - oder aus dem peripheren Blut oder anderen Blutbestandteilen, sodass das TFG greift (*vgl Miura/Ueda/Minakawa/Nollet/Ikeda, Cells, 6.6.2024, Prospects and Potential for Chimerism Analysis after Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation, abrufbar unter <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11172215/>*).
- 28 Dennoch erfasst die Verlängerung der zeitlichen Grenzen für die nachstationäre Behandlung auf drei Monate in § 115a Abs 2 Satz 2 SGB V nach ihrem Wortlaut lediglich die Nachsorge nach einer Transplantation von Organen, die § 9 Abs 2 TPG unterfällt, nicht aber die Übertragung von Stammzellen. Es liegt auch eine unbewusste Regelungslücke vor. Anhaltspunkte dafür, dass der Gesetzgeber diesen Fall nicht lediglich übersehen hat, sondern bewusst nicht in die Regelung

einbeziehen wollte, sind nicht erkennbar. Insbesondere folgt dies nicht aus den Regelungen zur Behandlung von Lebendspendern (§ 27 Abs 1a SGB V; § 115a Abs 2 Satz 7 SGB V).

29 Allein der Umstand, dass der Gesetzgeber durch § 27 Abs 1a Satz 1 SGB V (*eingefügt durch Art 2 Nr 2 des Gesetzes zur Änderung des TPG vom 21.7.2012, BGBl I 1601*) ab 1.8.2012 die Absicherung von Lebendspendern im Bereich des Leistungsrechts für Spender von Organen oder Geweben nach den §§ 8 und 8a TPG geregelt hat, ohne auch eine Änderung des § 115a Abs 2 SGB V vorzunehmen, reicht insofern nicht aus. Ungeachtet dessen, dass der hier maßgebliche Behandlungszeitraum im Jahr 2013 lag, ergäbe sich auch nichts anderes, wenn die Behandlung erst nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG) vom 16.7.2015 (*BGBl I 1211*) stattgefunden hätte. Art 1 Nr 6 GKV-VSG hat § 27 Abs 1a Satz 1 SGB V auf Spender von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen im Sinne von § 9 TFG ausgeweitet, ohne auch eine Änderung des § 115a Abs 2 Satz 2 SGB V vorzunehmen. Dies genügt aber ebenfalls nicht, um anzunehmen, der Gesetzgeber habe bewusst durch die Nichtänderung des § 115a Abs 2 Satz 2 SGB V von einer Erweiterung der Regelung auf Stammzellübertragungen absehen wollen (*gegen eine analoge Anwendung Steege in Hauck/Noftz, SGB V, § 115a RdNr 23, Stand November 2017, der allerdings auch konzidiert, dass ein Versehen nicht auszuschließen sei und sachliche Gründe für die unterschiedliche Behandlung sich kaum finden lassen dürften*). Die Regelung in § 27 Abs 1a Satz 1 SGB V war vorgezeichnet durch die Rechtsprechung des BSG und die bisherige Praxis der Krankenkassen (*vgl Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des TPG, BT-Drucks 17/9773 S 36 f zu Art 2 zu Nr 2 <§ 27> unter Hinweis auf BSG vom 12.12.1972 - 3 RK 47/70 - BSGE 35, 102 = SozR Nr 54 zu § 182 RVO*). Diese erfasste auch die Übertragung von körpereigenem Gewebe auf einen Dritten ("Organtransplantation" im weitesten Sinne). In diesem Zusammenhang betont die Gesetzesbegründung zu der Ergänzung des § 27 Abs 1a SGB V durch das GKV-VSG, dass nicht ersichtlich sei, warum Spenden, die vom Geltungsbereich des TFG erfasst seien, anders behandelt werden sollten als Stammzellspenden aus dem Knochenmark, die den Regelungen des TPG unterfielen (*vgl BT-Drucks 18/4095 S 73 zu Nr 6 <§ 27>*). Der sich daraus ergebende Grundgedanke unter Berücksichtigung der oben aufgezeigten medizinischen Rahmenbedingungen spricht maßgeblich dafür, dass der Gesetzgeber auf den Spendersachverhalt fokussiert war, ohne die naheliegenden Schlussfolgerungen für § 115a Abs 2 Satz 2 SGB V in den Blick zu nehmen. Wenn dem Gesetzgeber ein neues Gesamtkonzept in der GKV für Stammzellspenden unter Einbeziehung der Empfängerseite vorgeschwebt hätte, wäre im Falle eines bewussten Absehens in den Gesetzesmaterialien eine Stellungnahme zu erwarten gewesen.

30 Eine unbewusste Regelungslücke wird auch nicht durch § 115a Abs 2 Satz 7 SGB V ausgeschlossen. Aus dem Umstand, dass der Gesetzgeber durch § 115a Abs 2 Satz 7 SGB V (*idF des TPG vom 5.11.1997 mWv 1.12.1997*) die Regelung des § 115a Abs 2 Satz 2 SGB V auf die Nachbetreuung von Lebendspendern nach § 8 Abs 3 Satz 1 TPG für entsprechend anwendbar erklärt hat, lassen sich keine Rückschlüsse auf eine bewusste Nichtregelung hinsichtlich des § 115a

Abs 2 Satz 2 SGB V ziehen. Zum Zeitpunkt der Einfügung des Satzes 7 in § 115a SGB V erfasste das TPG die Organ- und Gewebespende nur unter Ausschluss von Knochenmarkspenden (vgl. § 1 Abs 2 TPG vom 5.11.1997, der nicht nur Spenden von Blut, sondern auch von Knochenmark ausdrücklich vom Anwendungsbereich des TPG ausnahm; dazu, dass "Organ" im Sinne des TPG vom 5.11.1997 auch Organteile und Gewebe umfasste, vgl. § 1 Abs 1 TPG). Erst seit dem 1.8.2007 regelt das TPG die Spende von Knochenmark (vgl. § 1 Abs 1 und 2 TPG idF der Bekanntmachung vom 4.9.2007, BGBl I 2206, sowie die Begriffsbestimmung von Gewebe in § 1a Nr 4 TPG; vgl. hierzu auch Entwurf eines Gesetzes über Qualität und Sicherheit von menschlichen Geweben und Zellen <GewebeGesetz>, BT-Drucks 16/3146 S 21 <Allgemeiner Teil> und S 23 f <zu Nr 4 zu Abs 2>). Durch diese Erweiterung erfasst § 8 Abs 3 Satz 1 TPG idF vom 4.9.2007 (seit dem 1.6.2026 Abs 4, vgl. Art 1 Nr 6 des Dritten Gesetzes zur Änderung des TPG - Novellierung der Regelungen zur Lebendorganspende und weitere Änderungen vom 12.5.2026) nunmehr auch die Nachbetreuung (bzw Nachsorge ab 1.6.2026) von Spendern von Knochenmark. Es kann offenbleiben, ob damit auch der unverändert auf diese Vorschrift verweisende § 115a Abs 2 Satz 7 SGB V für die Spender von Knochenmark gilt. Dieser spricht weiterhin von der Nachbetreuung (bzw Nachsorge ab 1.6.2026) von "Organspendern", während das TPG den Begriff des "Organs" als Oberbegriff für Organe, Organteile und Gewebe in § 1 Abs 1 TPG aufgegeben hat und § 1 Abs 1 TPG in der Fassung des Dritten Gesetzes zur Änderung des TPG den Begriff der Organ- und Gewebespende verwendet. Jedenfalls könnten auch aus einer Erweiterung des § 115a Abs 2 Satz 7 SGB V auf die Nachbetreuung (bzw Nachsorge ab 1.6.2026) von Knochenmarkspendern, ohne Stammzellspenden nach dem TPG und dem TFG in den Regelungsbereich einzubeziehen, keine Rückschlüsse auf eine fehlende Regelungsabsicht des Gesetzgebers gezogen werden. Auch hier spricht alles dafür, dass der Gesetzgeber auf den Spendersachverhalt fokussiert war, ohne die naheliegenden Schlussfolgerungen für § 115a Abs 2 Satz 2 SGB V in den Blick zu nehmen. Im Falle eines bewussten Absehens wäre auch hier in den Gesetzesmaterialien eine Stellungnahme zu den Gründen zu erwarten gewesen. Dies hätte aber vorausgesetzt, dass der Gesetzgeber ein neues Gesamtkonzept in der GKV für Stammzellspenden nach TPG und TFG unter Einbeziehung der Empfängerseite hätte regeln wollen. Dafür ist nichts ersichtlich.

31

(3) Soweit § 115a Abs 2 Satz 2 SGB V eine Höchstanzahl von sieben nachstationären Behandlungstagen "innerhalb von 14 Tagen" formuliert, ist diese Grenze schon nach ihrem Wortlaut nur auf die 14-Tage-Frist anwendbar. Eine Beschränkung der Anzahl der zulässigen Behandlungstage bei Anwendung der Drei-Monatsfrist nach einer Transplantation kann der Vorschrift nicht entnommen werden. Eine solche Begrenzung würde auch dem Sinn und Zweck der Regelung widersprechen, die erforderliche engmaschige Überwachung des Empfängers einer Organ- bzw Stammzellspende zu gewährleisten (vgl. Köhler-Hohmann in jurisPK-SGB V, 5. Aufl 2025, § 115a RdNr 85, Stand 1.4.2025; zur entsprechenden Anwendung der Vorschrift auf den Organspender vgl. § 115a Abs 2 Satz 7 SGB V).

- 32 cc) Der Kläger konnte die nachstationäre Behandlung gemäß § 8 Abs 2 Satz 3 Nr 3 KHEntgG (*hier idF des Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 <Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG> vom 17.3.2009, BGBl I 534*) nicht gesondert neben der bereits abgerechneten Fallpauschale für die stationär durchgeführte Stammzelltransplantation abrechnen. Die Fallpauschale deckt die nachstationäre Behandlung mit ab (*vgl BSG vom 17.9.2013 - B 1 KR 51/12 R - BSGE 114, 209 = SozR 4-2500 § 115a Nr 2, RdNr 12*). Die Summe aus den stationären Belegungstagen und den vor- sowie nachstationären Behandlungstagen überstieg nicht die OGVD der Fallpauschale. Diese betrug 2013 im Zeitpunkt der Behandlung 56 Tage und wurde daher durch die Summe der stationären Belegungstage (28 Tage) und der vor- und nachstationären Behandlungstage selbst dann nicht überschritten, wenn am 1.7.2013 eine vorstationäre Behandlung stattgefunden haben sollte. Aufgrund der nicht ausgeschöpften Fallpauschale war die Abrechnung der Nachsorge- und Kontrolluntersuchungen als ambulante Behandlung nach § 116b SGB V aF unwirtschaftlich und deshalb nicht gerechtfertigt.
- 33 c) Die Beklagte war nicht durch das Aufrechnungsverbot des § 15 Abs 4 Satz 2 des in Nordrhein-Westfalen geltenden Landesvertrags nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V (im Folgenden: Landesvertrag NRW) an der Aufrechnung ihres Erstattungsanspruchs gehindert (*dazu aa und bb*). Sie hat die Aufrechnung auch wirksam erklärt (*dazu cc*). Über die Hilfswiderklage der Beklagten auf Erstattung von 2140,01 Euro ist damit nicht zu entscheiden, da die innerprozessuale Bedingung nicht eingetreten ist.
- 34 aa) Nach der für den Senat grundsätzlich bindenden Auslegung des LSG regelt der Vertrag die allgemeinen Bedingungen einer Krankenhausbehandlung nur, soweit sie § 39 Abs 1 SGB V unterfalle und "vor- und nachstationär, teilstationär sowie vollstationär erbracht wird" (§ 1 Abs 1 Landesvertrag NRW). Bei der vom Gesetzgeber bewusst als sektorenverbindend konzipierten ASV nach § 116b SGB V handele es sich jedoch nicht um Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V. Hier könne nichts anderes gelten als im Bereich des ambulanten Operierens nach § 115b Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V.
- 35 Zwar hat das LSG bei seiner Auslegung des Landesvertrags erkennbar nicht auf ambulante Leistungen nach § 116b SGB V aF abgestellt, wie sie hier abgerechnet wurden. Seiner Auslegung ist dennoch mit hinreichender Deutlichkeit zu entnehmen, dass nur Krankenhausleistungen, die Krankenbehandlung im Sinne des § 39 Abs 1 SGB V darstellen und in § 1 Abs 1 Landesvertrag NRW ausdrücklich genannt werden, vom Wortlaut des Vertrags erfasst werden, nicht jedoch ambulante Leistungen eines Krankenhauses nach § 116b SGB V aF.
- 36 bb) Ohne Belang ist es hingegen, dass hier nach materiellem Recht die tatsächlich erbrachte Leistung eine nachstationäre Behandlung, also eine grundsätzlich vom Landesvertrag NRW erfasste Leistung war. Entscheidend ist allein, dass der Kläger die Leistung nach § 116b SGB V aF abgerechnet hat.

- 37 Die Unanwendbarkeit des Landesvertrags und seiner Aufrechnungsbeschränkung für den Fall, dass die tatsächlich erbrachte Leistung ihm unterfällt, aber außerhalb des Landesvertrags abgerechnet wird, folgt aus der Regelungssystematik des Landesvertrags. Dessen Regelungen über die Abrechnung der Krankenhausbehandlung stellen darauf ab, dass die Rechnungen solche sind, die zum Ausdruck bringen, eine gemäß § 39 Abs 1 SGB V vor- und nachstationär, teilstationär oder vollstationär erbrachte Krankenhausbehandlung abrechnen zu wollen. Dies folgt aus § 14 Abs 4 Landesvertrag NRW. Er bestimmt: "Die Rechnungslegung ... richtet sich nach der Datenübermittlungs-Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V in der jeweils gültigen Fassung". Allein solche Rechnungen sind Gegenstand rechnerischer oder sachlicher Beanstandungen nach § 15 Abs 4 Landesvertrag NRW, der regelt: "Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art können auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden. Bei Beanstandungen rechnerischer Art sowie nach Rücknahme der Kostenzusage und falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruht, können überzahlte Beträge verrechnet werden." An die Rechnungslegung im Sinne von § 14 Abs 4 Landesvertrag NRW knüpfen die in § 15 Abs 4 Landesvertrag NRW geregelten beschränkten Aufrechnungsmöglichkeiten an. Mangels Auslegung durch die Vorinstanz zu diesem Aspekt ist der Senat insoweit zur Auslegung der normenvertraglichen Regelungen des Landesvertrags NRW auch befugt (*vgl etwa BSG vom 23.6.2015 - B 1 KR 20/14 R - BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 18 f mwN; BSG vom 19.6.2018 - B 1 KR 32/17 R - BSGE 126, 87 = SozR 4-2500 § 108 Nr 5, RdNr 14 f mwN*).
- 38 Der Erstattungsanspruch, die Gegenforderung im Aufrechnungsverhältnis, resultiert daraus, dass die Beklagte auf die vermeintliche Forderung nach § 116b SGB V aF zu deren Erfüllung zahlte und dies nachfolgend beanstandete. Damit unterfiel die Beanstandung nicht dem Landesvertrag NRW.
- 39 cc) Die Beklagte hat die Aufrechnung auch wirksam erklärt. Nach stRspr des Senats ist es hierfür ausreichend, dass Haupt- sowie Gegenforderung unter Heranziehung des Zahlungsavis hinreichend konkret bezeichnet werden (*vgl BSG vom 25.10.2016 - B 1 KR 7/16 R - SozR 4-7610 § 366 Nr 1 RdNr 12 ff; BSG vom 30.7.2019 - B 1 KR 31/18 R - BSGE 129, 1 = SozR 4-7610 § 366 Nr 2, RdNr 19 ff*).
- 40 2. Ein Vergütungsrestanspruch des Klägers unmittelbar aus der nachstationären Behandlung des Versicherten in Höhe von 12,20 Euro scheitert - wie oben dargelegt - an § 8 Abs 2 Satz 3 Nr 3 KHEntgG.
- 41 3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1 und 3 Satz 1 sowie § 47 Abs 1 Satz 1 GKG.