S 15 KR 4375/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Krankenhäuser sind auch nach Beendigung der stationären Behandlung eines Versicherten gem. § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V auf Verlangen der Krankenkasse verpflichtet, bei Überschreiten der gemeldeten voraussichtlichen Verweildauer eine medizinische Begründung hierfür an die Krankenkasse zu übermitteln. Damit, dass in der Schlussrechnung und im Entlassdatensatz die Diagnosen und Prozeduren aufgeführt sind, erfüllt das Krankenhaus die Pflicht zur medizinischne Begründung nicht. Kommt das Krankenhaus dem Verlangen der Krankenkasse nicht nach, ist die Vergütungsforderung nicht fällig. Dies berechtigt die Krankenkasse die Forderung nicht zu erfüllen.
Normenkette	SGB 5 § 301 Abs 1 S 1 Nr 3 SGB 5 § 301 Abs 1 S 1 Nr 7

1. Instanz

Aktenzeichen	S 15 KR 4375/21
Datum	20.06.2023

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 1855/23
Datum	23.10.2024

3. Instanz

Datum	-

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des SozialgerichtsÂ Stuttgart vom 20.06.2023 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt die Kosten des Verfahrens in beiden RechtszÃ¼gen.

Der Streitwert fÃ¼r das Berufungsverfahren wird auf 1.362,55 â¬ endgÃ¼ltig festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung einer Krankenhausbehandlung (Zuschlag zur oberen Grenzverweildauer).

Die KlÃ¤gerin ist TrÃ¤gerin eines zugelassenen Krankenhauses (im Folgenden Krankenhaus). Der bei der beklagten Krankenkasse versicherte B1, geboren1943 (im Folgenden: Versicherter) wurde am 18.12.2019 im Krankenhaus der KlÃ¤gerin mit einer Schenkelhalsfraktur als Notfall aufgenommen und, nachdem die KlÃ¤gerin der Beklagten im Wege des elektronischen Datenaustausches zunÃ¤chst in der Aufnahmeanzeige eine geplante Entlassung am 28.12.2019 mitgeteilt hatte, bis 03.01.2020 vollstationÃ¤r behandelt.

Mit Rechnung vom 13.02.2020 forderte die KlÃ¤gerin fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung des Versicherten auf der Grundlage der DRG I08G (And. Eingriff HÃ¼ftgel. mit kompl. Proz. od. Eingriff in Komb. HÃ¼ftgel. und ob. ExtremitÃ¤t od. WS od. kompl. Faktoren und mehr als 1 BT od. best. Kniegelenkschaden mit best. Eingriff Femur und Becken od. kompl. Diag. od. beids. Eingriff und mehr als 1 BT) eine VergÃ¼tung i.H.v. insgesamt 6.641,11 â¬.

Am 20.02.2020 bat die Beklagte die KlÃ¤gerin bis zum 06.03.2020 um eine medizinische BegrÃ¼ndung nach Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) fÃ¼r die Ãberschreitung des angegebenen voraussichtlichen Entlassdatums und wies darauf hin, dass bei fehlender BegrÃ¼ndung der Zuschlag zur OGVD nicht fÃ¤llig werde. Die KlÃ¤gerin legte eine medizinische BegrÃ¼ndung nicht vor. Am 16.03.2020 zahlte die Beklagte ohne Einschaltung des Medizinischen Dienstes (MD) an die KlÃ¤gerin einen Betrag i.H.v. 5.278,56 â¬. Den OGVD-Zuschlag i.H.v. 1.362,55 â¬ zahlte sie nicht.

Am 23.11.2021 hat die KlÃ¤gerin Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Zur BegrÃ¼ndung hat sie ausgefÃ¼hrt, die Beklagte habe nach Ãbermittlung der Entlassanzeige und der Rechnung zur Ãbersendung einer medizinischen BegrÃ¼ndung aufgefordert. Zum Zeitpunkt der Anfrage der Beklagten am 20.02.2022 (gemeint wohl 2020) sei der Versicherte bereits seit Wochen entlassen gewesen. Die Schlussrechnung mit dem Entlassdatensatz habe der KK bereits seit dem 13.02.2020 vorgelegen. Wenn die Beklagte an der Notwendigkeit der vollstationÃ¤ren Behandlung bzw. an der Ãberschreitung der OGVD Zweifel gehabt hÃ¤tte, hÃ¤tte es ihr freigestanden gem. Â§Â 275 Abs. 1c SGB V a.F. i.Vm. der PrÃ¼fverfahrensordnung (PrÃ¼fvV), den MD mit der ÃberprÃ¼fung des

Behandlungsfalls zu beauftragen. Da eine Beauftragung des MD nicht erfolgt sei, sei die Beklagte nunmehr mit mÃ¶glichen EinwÃ¤nden ausgeschlossen. Ein ZurÃ¼ckbehaltungsrecht stehe der Beklagten weder nach dem SGB V noch nach Landesvertrag oder PrÃ¼fvV zu. Rein vorsorglich hat die KlÃ¤gerin mit Schriftsatz vom 08.06.2022 darauf hingewiesen, dass sowohl in der Schlussrechnung als auch im Entlassdatensatz die Diagnosen und Prozeduren festgehalten worden seien. Aus diesen ergebe sich bereits die KomplexitÃ¤t des stationÃ¤ren Aufenthalts und in der Folge die Notwendigkeit der Versorgung bis zum Entlassungsdatum. So kÃ¶nne man den Daten entnehmen, dass der Versicherte kurz vor den weihnachtlichen Feiertagen mit einer rechtsseitigen Schenkelhalsfraktur aufgenommen worden sei. Des Weiteren gehe aus der Kodierung der Nebendiagnose hervor, dass hier eine Demenz (die PflegebedÃ¼rftigkeit Grad 3 sei der Krankenkasse ohnehin bekannt), ein Selbstpflegedefizit, eine behandlungsbedÃ¼rftige Obstipation, eine Harnwegsinfektion sowie die operative Versorgung mittels Schraubenosteosynthese vorgelegen habe. Weiter gehe aus den der Beklagten vorliegenden Daten hervor, dass dem Versicherten am 27.12.2019 ein Rollator, ein Duschhocker sowie ein Toilettenstuhl rezeptiert worden seien, um eine sichere hÃ¤usliche Versorgung zu ermÃ¶glichen. Erst als der Zustand des Versicherten eine sichere Versorgung im hÃ¤uslichen Umfeld durch die Ehefrau unter Einsatz der genannten Hilfsmittel erlaubt habe, sei der Versicherte entlassen worden. Aus diesen der Beklagten vorliegenden Informationen ergebe sich die Notwendigkeit fÃ¼r die stationÃ¤re Versorgung bis zum Entlassdatum und damit auch, weshalb der Versicherte lÃ¤nger als voraussichtlich geplant behandelt worden sei. Die Rechnung sei also von Anfang an fÃ¤llig gewesen. Es handele sich hier um eine allgemeine Vorgehensweise der Beklagten, pauschal bei der Ãberschreitung der OGVD medizinische BegrÃ¼ndungen anzufordern. Offenkundig wolle man auf diese Weise die Zahlung von Aufwandspauschalen vermeiden bzw. die PrÃ¼fquote schonen. Im Ãbrigen regele die von der Beklagten benannte Norm Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V gerade eine Mitteilungspflicht eines Krankenhauses gegenÃ¼ber der Beklagten im Bereich der ÃberprÃ¼fung nach Â§ 275 SGB V. Somit sei die Beklagte fÃ¼r die Ã¼ber die Angaben nach Absatz 1 Satz 1 hinausgehende sachlich-rechnerische ÃberprÃ¼fung einer Krankenhausabrechnung insoweit auf ein TÃ¤tigwerden des MD angewiesen. Ein Sachbearbeiter einer Krankenkasse als medizinischer Laie kÃ¶nne nach Einholung eines Kurzberichts keine endgÃ¼ltige â negative â Beurteilung Ã¼ber die Notwendigkeit einer stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung abgeben.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Die abgerechnete DRG I08G habe eine OGVD von 11 Behandlungstagen. Die Klageforderung betreffe ZuschlÃ¤ge fÃ¼r die Ãberschreitung der OGVD um fÃ¼nf Tage zu jeweils 272,51 â¬. Ein Anspruch auf VergÃ¼tung dieses OGVD-Zuschlags bestehe nicht. Die Pflicht der KrankenhÃ¤user, bei Ãberschreitung der voraussichtlichen Dauer der Behandlung eine medizinische BegrÃ¼ndung anzugeben, sei in Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V geregelt. Bereits in seiner grundlegenden Entscheidung vom 16.05.2012 (B 3 KR 14/11 R) habe das Bundessozialgericht (BSG) unmissverstÃ¤ndlich zum Ausdruck gebracht, dass die medizinische BegrÃ¼ndung fÃ¼r eine VerlÃ¤ngerung der Verweildauer der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung zuzuordnen sei. GenÃ¼ge die Anzeige des Krankenhauses diesen (Mindest-) Anforderungen nicht, fehle es nach inzwischen

stÃ¤ndiger Rechtsprechung des BSG bereits an der FÃ¤lligkeit der VergÃ¼tungsforderung.Â Das Krankenhaus sei ohne Wenn und Aber verpflichtet, auf Verlangen der Krankenkasse eine medizinische BegrÃ¼ndung zu liefern. Das gelte unabhÃ¤ngig vom zeitlichen Ablauf. Die Ã¼bermittelten Diagnosen kÃ¶nnten eine medizinische BegrÃ¼ndung nicht ersetzen. In Â§Â 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V sei die Verpflichtung zur Ãbermittlung der Diagnosen getrennt von der medizinischen BegrÃ¼ndung fÃ¼r ein Ãberschreiten der voraussichtlichen Verweildauer aufgefÃ¼hrt. Von ihren medizinisch nicht besonders geschulten Mitarbeitern kÃ¶nne, so die Beklagte weiter, auch nicht verlangt werden, aus den Ã¼bermittelten Diagnosen selbststÃ¤ndig eine BegrÃ¼ndung fÃ¼r ein Ãberschreiten der voraussichtlichen Verweildauer herzuleiten. Hierzu bedÃ¼rfe es der medizinischen BegrÃ¼ndung. Sinn und Zweck derselben sei, der Krankenkasse die Ãberschreitung einer vom Krankenhaus angegebenen voraussichtlichen Verweildauer des Patienten in medizinischer Hinsicht plausibel zu machen. Es gehe gerade darum, eine Einschaltung des MD durch eine entsprechende ErklÃ¤rung gegenÃ¼ber der Krankenkasse zu verhindern. Eine Krankenkasse sei nicht verpflichtet, Krankenhausrechnungen auch dann in voller HÃ¶he zu begleichen, wenn sie schon innerhalb der vertraglich vereinbarten Zahlungsfrist substantiierte und der HÃ¶he nach bezifferte Einwendungen gegen die Abrechnung geltend mache. Dies sei unter anderem dann der Fall, wenn wie hier die KlÃ¤gerin entgegen eigener Angaben die voraussichtliche Verweildauer ohne weitere BegrÃ¼ndung Ã¼berschreite. In diesem Fall sei es ihr gesetzlich gestattet, detaillierte medizinische BegrÃ¼ndungen (und aussagekrÃ¤ftige Unterlagen) anzufordern, um Ã¼berhaupt Einwendungen erheben zu kÃ¶nnen, denn andernfalls kÃ¶nne sie ihren PrÃ¼fauftrÃ¤gen aus Â§ 275 Abs. 1 SGB V und Â§ 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) gar nicht nachkommen. Im Ãbrigen bestehe entgegen der Auffassung der KlÃ¤gerin kein Zusammenhang zwischen Â§ 275 und Â§ 301 SGB V. Die Normen entstammten vÃ¶llig unterschiedlichen Kapiteln des SGB V. Die Ãbermittlungspflichten seien eindeutig geregelt in Â§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V und in Â§ 10 Abs. 1 des Baden-WÃ¼rttembergischen Landesvertrags nach Â§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V.

Mit Urteil vom 20.06.2023 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die KlÃ¤gerin 1.362,55 â¬ zzgl. Zinsen i.H.v. fÃ¼nf Prozentpunkten Ã¼ber dem Basissatz seit dem 16.03.2020 zu bezahlen. Die Beklagte habe zu Unrecht eine KÃ¼rzung des Zuschlages der OGVD vorgenommen. Der Zuschlag der OGVD sei nicht deshalb ausgeschlossen, weil die KlÃ¤gerin keine medizinische BegrÃ¼ndung nach Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V an die Beklagte Ã¼bermittelt habe. Der stationÃ¤re Aufenthalt des Versicherten habe am 03.01.2020 geendet. Die Abrechnung der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber der Beklagten Ã¼ber den stationÃ¤ren Aufenthalt sei am 13.02.2020 erfolgt. Die Anforderung der medizinischen BegrÃ¼ndung der Beklagten sei am 20.02.2020 und somit erst nach Abschluss der Behandlung des Versicherten und nach Ãbermittlung der Rechnung erfolgt. Die Anforderung einer medizinischen BegrÃ¼ndung i.S.d. Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V nach Abschluss der Behandlung des Versicherten sei nicht mehr mÃ¶glich. Der Beklagten wÃ¤re es ohne Weiteres mÃ¶glich gewesen, anhand der nach Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V mitgeteilten Entlassungsdaten eine gewÃ¶hnliche MD-PrÃ¼fung einzuleiten. Zwischen den Daten der Aufnahme und den Daten der Entlassung werde

differenziert. Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V betreffe die Daten der Aufnahme sowie die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung. Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V betreffe die Daten der Entlassung. Nachdem die Behandlung des Versicherten bereits am 03.01.2020 abgeschlossen und die Rechnung an die Beklagte Ã¼bermittelt gewesen sei, sei der zeitliche Anwendungsbereich von Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V bzgl. der Mitteilung der â□□voraussichtlichenâ□□ Dauer der Krankenhausbehandlung bereits abgelaufen gewesen, denn das endgÃ¼ltige Entlassdatum habe schon festgestanden. Eine Mitteilung der Ã□berschreitung der â□□voraussichtlichenâ□□ Dauer der Krankenhausbehandlung sei zu diesem Zeitpunkt nicht mehr mÃ¶glich gewesen, da die Dauer der Behandlung schon abgeschlossen gewesen sei. In solchen FÃ¤llen stehe der Beklagten die Einleitung eines PrÃ¼fverfahrens durch den MD zur VerfÃ¼gung. Es entspreche nicht Sinn und Zweck der Regelung, wenn die Beklagte durch ein Berufen auf die voraussichtliche Dauer eines Krankenhausaufenthalts die Einleitung eines MD-PrÃ¼fverfahrens umgehe. Die Einleitung eines MD-PrÃ¼fverfahrens sei nunmehr nicht mehr mÃ¶glich, da die Fristen des Â§ 275c SGB V n.F. hierfÃ¼r abgelaufen seien. Auch aus Â§ 275 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. Abs. 1c SGB V bzw. aus Â§Â 17c KHG i.V.m Â§ 4 und Â§ 6 PrÃ¼fvV 2016 ergebe sich nach neuester Rechtsprechung des BSG (unter Verweis auf Urteil vom 22.06.2022 â□□ B 1 KR 19/21 R -) keine Verpflichtung zur Einleitung eines neuen PrÃ¼fverfahrens i.S.d. Â§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V. Allerdings bestehe eine auf die EinwÃ¤nde der Krankenkasse beschrÃ¤nkte Ermittlungspflicht des Gerichts, an der das Krankenhaus nicht mitwirken mÃ¼sse. Die Erhebung und Verwertung derjenigen Daten, die nur im Rahmen des PrÃ¼fverfahrens durch den MD beim Krankenhaus hÃ¤tten erhoben werden kÃ¶nnen, sei dem Gericht verwehrt. Das Gericht dÃ¼rfe seiner Ã□berzeugungsbildung nur die von dem Beweiserhebungs- und verwertungsverbot nicht umfassten Daten zugrunde legen. Verwertbar seien auch die vom Krankenhaus freiwillig zur VerfÃ¼gung gestellten Daten. Der Verzicht der Krankenkasse auf ein PrÃ¼fverfahren sei darÃ¼ber hinaus auch im Rahmen der BeweiswÃ¼rdigung zu berÃ¼cksichtigen. Er bewirke eine Beweiserleichterung bis hin zur Umkehr der Beweislast zugunsten des Krankenhauses. Dieses solle nicht unter dem Druck der Beweislast letztlich doch gezwungen sein, Behandlungsunterlagen zu offenbaren, deren Anforderungen dem Gericht verwehrt seien. Die PrÃ¼fung beschrÃ¤nke sich daher auf den Sachverhalt, wie er sich aus den vom Krankenhaus Ã¼bermittelten Daten entnehmen lasse. Diesen lasse sich hier lediglich entnehmen, dass eine vollstationÃ¤re Behandlung vom 18.12.2019 bis 03.01.2020 durchgefÃ¼hrt worden und die Aufnahme als Notfall erfolgt sei. Dabei sei die DRG I08G abgerechnet worden. Anhaltspunkte, warum diese Behandlung nicht erforderlich gewesen sein solle, lieÃ□en sich den Angaben nicht entnehmen. Von einer Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Behandlung â□□ auch Ã¼ber das zunÃ¤chst angegebene Entlassdatum am 28.12.2020 (richtig: 2019) hinaus â□□ sei daher auszugehen. Der Zinsanspruch der KlÃ¤gerin folge bezÃ¼glich der VergÃ¼tung aus Â§ 19 Abs. 1, 3 des in Baden-WÃ¼rttemberg geltenden Vertrages nach Â§ 112 Abs. 2 Satz 1 KHBV (sic).

Gegen das ihr am 21.06.2023 zugestellte Urteil richtet sich die am 26.06.2023 zum Landessozialgericht (LSG) Baden-WÃ¼rttemberg eingelegte Berufung der Beklagten. Das Urteil des SG sei rechtsfehlerhaft. Das BSG habe in der

Entscheidung vom 07.03.2023 (B 1 KR 11/22 R) zur Abrechenbarkeit einer Aufwandspauschale bei fehlender medizinischer BegrÃ¼ndung fÃ¼r die Ãberschreitung des voraussichtlichen Entlassdatums ausgefÃ¼hrt, dass ein Krankenhaus verpflichtet sei, eine inhaltliche BegrÃ¼ndung dafÃ¼r zu liefern, welche konkreten medizinischen SachverhaltsumstÃ¤nde zum lÃ¤ngeren Behandlungsverlauf gefÃ¼hrt hÃ¤tten. Nach dem Urteil seien Krankenkassen nach Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V berechtigt, bei Ãberschreiten der voraussichtlichen Verweildauer eine medizinische BegrÃ¼ndung zur Verweildauer zu verlangen. Das BSG gehe davon aus, dass es sich bei den in Â§ 301 Abs. 1 SGB V geregelten Informationspflichten, hier konkret der medizinischen BegrÃ¼ndung, um fÃ¤lligkeitsbegrÃ¼ndende Pflichten handele. Dementsprechend fehle es auch im vorliegenden Fall mangels medizinischer BegrÃ¼ndung fÃ¼r die Ãberschreitung der OGVD zweifelsfrei an der FÃ¤lligkeit der streitigen Forderung. Mangels fÃ¤lliger Rechnung sei sie nicht zur Einschaltung des MD verpflichtet gewesen, sondern vielmehr berechtigt zuvor eine medizinische BegrÃ¼ndung des Krankenhauses fÃ¼r die Ãberschreitung der voraussichtlichen Verweildauer zu verlangen. Mit der Ãbermittlung des Entlass- und Rechnungsdatensatzes sei die KlÃ¤gerin ihren Informationspflichten nicht nachgekommen. Die DatensÃ¤tze zur medizinischen BegrÃ¼ndung sowie der Rechnungs- und Entlassdatensatz hÃ¤tten vÃ¶llig unterschiedliche Inhalte. Die BegrÃ¼ndung des SG, nach Abschluss der Behandlung sei die Anforderung einer medizinischen BegrÃ¼ndung nicht mehr mÃ¶glich, sei vÃ¶llig unverstÃ¤ndlich. Die Anforderung einer medizinischen BegrÃ¼ndung vor Abschluss der Behandlung sei den Krankenkassen unmÃ¶glich. Denn von der Ãberschreitung der geplanten Verweildauer erhalte die Krankenkasse stets erst im Rahmen der Entlass- und Rechnungsdaten Kenntnis, also nach Entlassung. Im laufenden Aufenthalt werde die Krankenkasse nicht darÃ¼ber informiert, dass eine geplante Verweildauer Ã¼berschritten werde. WÃ¤re die Argumentation des SG zutreffend, dÃ¼rften Krankenkassen in normalen somatischen FÃ¤llen niemals eine medizinische BegrÃ¼ndung anfordern, sondern wÃ¤ren stets direkt zur Einschaltung des MD gezwungen. Das mit dem PrÃ¼fverfahren verbundene Kostenrisiko wÃ¼rde einseitig den Krankenkassen aufgebÃ¼rdet.
Â
Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20.06.2023 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Die KlÃ¤gerin ist der Berufung entgegengetreten. Der eingeklagte Anspruch sei fÃ¤llig gewesen. Der Beklagten habe nicht deshalb ein ZurÃ¼ckbehaltungsrecht zugestanden, weil auf deren Bitten keine weitere medizinische BegrÃ¼ndung fÃ¼r die Ãberschreitung der voraussichtlichen Verweildauer abgegeben worden sei. Das SG habe zutreffend darauf hingewiesen, dass der zeitliche Anwendungsbereich von Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V sich auf die Zeit ab der Aufnahme bis zur Entlassung erstrecke. Die nach der Entlassung zu Ã¼bermittelnden Daten ergÃ¤ben

sich dagegen aus Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V. Die Verpflichtung, eine BegrÃ¼ndung fÃ¼r die Ãberschreitung des voraussichtlichen Entlassdatums anzugeben, finde sich nur in Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Dies mache auch Sinn. Wenn der Patient bereits entlassen sei, so kÃ¶nne man fragen, weshalb er bis zum Entlassdatum versorgt worden sei. Solange der Patient noch im Krankenhaus sei, kÃ¶nne ein berechtigtes Interesse daran bestehen, eine BegrÃ¼ndung zu verlangen, weshalb das voraussichtliche Entlassdatum Ã¼berschritten worden sei. Vorliegend sei die Aufforderung der Beklagten, eine medizinische BegrÃ¼ndung fÃ¼r die Ãberschreitung anzugeben, erst nach Zugang des Entlass- und Rechnungsdatensatzes erfolgt. Die Beklagte habe also das Datum der Entlassung gekannt. Es hÃ¤tte ihr daher offen gestanden, gem. Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V den Grund fÃ¼r die Entlassung am 03.01.2020 anzufragen. Die Frage nach der Ãberschreitung des voraussichtlichen Entlassdatums habe sich mit der Entlassung aber erledigt. Die Differenzierung zwischen den zu Ã¼bermittelnden Daten ab Aufnahme bis zur Entlassung und fÃ¼r die Zeit nach Entlassung werde auch durch Â§ 301 Abs. 1 Satz 2 SGB V untermauert. Danach dÃ¼rfe die Ãbermittlung der medizinischen BegrÃ¼ndung von VerlÃ¤ngerungen der Verweildauer nach Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V auch in nicht maschinenlesbarer Form erfolgen. Hiermit sei die bereits oben skizzierte Fallgestaltung angesprochen, in welcher eine Krankenkasse zunÃ¤chst eine zeitlich befristete KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung abgegeben habe und dann bei Ãberschreitung des voraussichtlichen Entlassdatums, welches ihrer KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung zugrunde liege, eine medizinische BegrÃ¼ndung fordere. Diese Forderung mache nur Sinn, wenn der Patient zu diesem Zeitpunkt noch im Krankenhaus sei, nicht jedoch wenn er entlassen worden sei, der Entlassdatensatz sowie der Rechnungsdatensatz bei der Beklagten vorliege. Mit dieser Differenzierung befasse sich das Urteil des BSG vom 07.03.2023 nicht. Es betreffe auch nicht die Frage des VergÃ¼tungsanspruchs, sondern des Anspruchs auf Zahlung einer Aufwandspauschale. Letztlich habe sie aber auch ihre Informationspflicht durch Ãbermittlung des Entlass- und Rechnungsdatensatzes erfÃ¼llt. Gehe man, dem Vortrag der Beklagten folgend davon aus, dass die Beklagte kein medizinisch besonders geschultes Personal beschÃ¤ftige â wovon sie, die KlÃ¤gerin, aber nicht ausgehe â, erschlieÃe sich auch nicht deren Forderung, man hÃ¤tte eine zusÃ¤tzliche medizinische BegrÃ¼ndung abgeben mÃ¼ssen. Auch damit hÃ¤tte ungeschultes Personal nichts anfangen kÃ¶nnen. Im Ãbrigen habe die Beklagte erstinstanzlich nicht streitig gestellt, dass die Ã¼bermittelten Daten eine medizinische BegrÃ¼ndung fÃ¼r die Ãberschreitung des voraussichtlichen Entlassdatums darstellten, sie habe nur auf nicht hinreichend geschultes Personal hingewiesen. Jedenfalls habe sie ihre Verpflichtung zur Abgabe einer medizinischen BegrÃ¼ndung fÃ¼r die Ãberschreitung mit Schriftsatz vom 08.06.2022 erfÃ¼llt. Bis zum Entlassdatum habe stationÃ¤re BehandlungsbedÃ¼rftigkeit bestanden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren SchriftsÃ¤tze sowie die Akten der Beklagten, des SG und des Senats Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die Berufung der Beklagten ist gemÃ¤Ã Â§Â§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Streitgegenstand ist der (von der KlÃ¤gerin statthaft mit der allgemeinen Leistungsklage Â§ 54 Abs. 5 SGG > geltend gemachte, vgl. etwa BSG, Urteil 19.04.2016 â B 1 KR 28/15 R -, in juris) Zuschlag zur OGVD i.H.v. 1.362,55 â¬; der Beschwerdewert des Â§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG (750 â¬) ist Ã¼berschritten. Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt worden und daher auch im Ãbrigen gemÃ¤Ã Â§ 151 SGG zulÃ¤ssig.

Die Berufung der Beklagten ist auch begrÃ¼ndet. Der KlÃ¤gerin steht wegen der stationÃ¤ren Behandlung des Versicherten neben dem von der Beklagten bereits gezahlten Betrag i.H.v. 5.278,56 â¬ kein weitergehender VergÃ¼tungsanspruch i.H. der darÃ¼ber hinaus geforderten 1.362,55 â¬ und auch kein Zinsanspruch zu. Die KlÃ¤gerin hat keinen Anspruch auf den Zuschlag fÃ¼r die Ãberschreitung der oberen Grenzverweildauer. Das SG hat der Klage zu Unrecht stattgegeben.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten VergÃ¼tungsanspruchs ist Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. Â§ 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem fÃ¼r KrankenhÃ¤user fÃ¼r das Jahr 2019 und deren Anlage 1 Teil a i.V.m. Â§ 17b Satz 1 KHG sowie der Krankenhausbehandlungsvertrag nach Â§Â 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V fÃ¼r das Land Baden-WÃ¼rttemberg (KHBW). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht â unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage â unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung â wie hier â in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr; BSG, Urteil vom 16.12.2008 â B 1 KN 1/07 KR R -, in juris).

Ob und ggf. mit welcher Dauer hier Krankenhausbehandlung erforderlich war, was nach der Rechtsprechung des BSG von der Krankenkasse und im Streitfall von den Gerichten selbststÃ¤ndig zu prÃ¼fen und zu entscheiden ist, ohne dass dabei den KrankenhausÃ¤rzten eine EinschÃ¤tzungsprÃ¤rogative zukommt (BSG, Urteil vom 22.04.2009 â B 3 KR 24/07 R -, in juris) muss hier nicht entschieden werden. Denn der KlÃ¤gerin steht der Zuschlag fÃ¼r die OGVD bereits deshalb nicht zu, weil sie den Anspruch nicht formal ordnungsgemÃ¤Ã abgerechnet hat. Der VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin fÃ¼r den Zuschlag zur OGVD war bei Rechnungsstellung nicht fÃ¤llig.

Grundvoraussetzung der FÃ¤lligkeit eines entstandenen Anspruchs auf VergÃ¼tung von Krankenhausbehandlung eines Versicherten ist eine formal ordnungsgemÃ¤Ãe Abrechnung. In diesem Sinne regelt Â§ 19 des KHBW in der vom 01.01.2006 bis 31.12.2022 geltenden Fassung, dass die Krankenkasse die Rechnung innerhalb von 30 Tagen nach Ãbermittlung des Rechnungssatzes zu bezahlen hat. Eine formal ordnungsgemÃ¤Ãe Abrechnung setzt eine ordnungsgemÃ¤Ãe Information der Krankenkasse Ã¼ber die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach MaÃgabe der Informationsobliegenheiten und ggf. -pflichten voraus, insbesondere aus Â§ 301 SGB V sowie ggf. ergÃ¤nzenden landesvertraglichen Bestimmungen. Fehlt es an einer dieser Angaben, so tritt mangels formal ordnungsgemÃ¤Ãer Abrechnung bereits die FÃ¤lligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein (BSG,

Urteil vom 17.09.2013 â□□ B 1 KR 51/12 R -, in juris Rn. 26; BSG, Urteil vom 16.05.2012 â□□ B 3 KR 14/11 R -, in juris Rn. 32; BSG, Urteil vom 22.04.2009 â□□ B 3 KR 24/07 R -, in juris 16). Die VergÃ¼tungsforderung wird in diesem Falle erst fÃ¤llig, wenn das Krankenhaus seine Informationsobliegenheiten und ggf. -pflichten gegenÃ¼ber der Krankenkasse erfÃ¼llt hat (BSG, Urteil vom 21.04.2015 â□□ B 1 KR 10/15 R -, in juris Rn. 10)

Gegen die sich aus Â§ 301 SGB V ergebende Informationspflicht hat die KlÃ¤gerin hier verstoÃ□en. Sie hat die Anfrage der Beklagten vom 20.02.2020 bzgl. der Ã□berschreitung des voraussichtlichen Entlassdatums nicht beantwortet. Sie hat keine medizinische BegrÃ¼ndung zur Verweildauer gegeben.

Krankenkassen sind nach Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V berechtigt, bei Ã□berschreiten der gemeldeten voraussichtlichen Verweildauer vom Krankenhaus eine medizinische BegrÃ¼ndung zu verlangen. Die NachfragemÃ¶glichkeit der Krankenkassen wurde gesetzlich geregelt, da die Angabe der voraussichtlichen Verweildauer sowie die medizinische BegrÃ¼ndung bei einer VerlÃ¤ngerung Voraussetzung fÃ¼r die PrÃ¼fung der KostenÃ¼bernahme durch die Krankenkassen sind (vgl. BT-Drucks 12/3608 S. 124; BSG, Urteil vom 07.03.2023 â□□ B 1 KR 11/22 R -, in juris).

Von dieser AnfragemÃ¶glichkeit hat die Beklagte wegen der lÃ¤ngeren als zunÃ¤chst prognostizierten Behandlungsdauer hier Gebrauch gemacht. Dass die Beklagte das Verlangen ohne erlÃ¤uternde AusfÃ¼hrungen Ã¤uÃ□erte, genÃ¼gt (BSG, Urteil vom 07.03.2023 â□□ B 1 KR 11/22 R -, in juris)

Hieraus ergab sich die in Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V ausdrÃ¼cklich angeordnete Pflicht der KlÃ¤gerin (â□□KrankenhÃ¤user â□¦ sind verpflichtetâ□□), eine medizinische BegrÃ¼ndung an die Beklagte zu Ã¼bermitteln (BSG, Urteil vom 07.03.2023 â□□ B 1 KR 11/22 R -, BSG, Urteil vom 23.05.2017 â□□ B 1 KR 28/16 R -; beide in juris). Nach dem Wortlaut des Gesetzes schuldet das Krankenhaus auf Verlangen der Krankenkasse nicht lediglich eine BestÃ¤tigung der abgerechneten Verweildauer oder eine BestÃ¤tigung, dass medizinische UmstÃ¤nde die Behandlungsdauer verursacht haben. Das Krankenhaus ist vielmehr verpflichtet, eine inhaltliche BegrÃ¼ndung zu liefern, welche konkreten medizinischen SachverhaltsumstÃ¤nde zum lÃ¤ngeren Behandlungsverlauf gefÃ¼hrt haben. Erst eine solche BegrÃ¼ndung ermÃ¶glicht der Krankenkasse Ã¼ber die Notwendigkeit der Beauftragung des MD zu entscheiden (BSG, Urteil vom 07.03.2023 â□□ B 1 KR 11/22 R -, in juris). Die KlÃ¤gerin hat hier keine solche medizinische BegrÃ¼ndung abgegeben; sie hat sich auf Nachfrage der Beklagten Ã¼berhaupt nicht geÃ¤uÃ□ert.

Damit, dass die KlÃ¤gerin in der Schlussrechnung und im Entlassdatensatz die Diagnosen und Prozeduren angefÃ¼hrt hat, hat sie die ihr obliegende Informationspflicht nicht erfÃ¼llt. Hierbei handelt es sich um voneinander zu trennende Angaben. Beide Verpflichtungen, die Verpflichtung zur Ã□bermittlung der Diagnosen und die Verpflichtung zur Ã□bermittlung der medizinischen BegrÃ¼ndung fÃ¼r das Ã□berschreiten der voraussichtlichen Verweildauer ergeben

sich aus Â§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V. Danach sind zum einen die Diagnosen und zum anderen die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese Ã¼berschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische BegrÃ¼ndung im Wege elektronischer DatenÃ¼bertragung der Beklagten zu melden. Aus dem Wortlaut des Â§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V ergibt sich insoweit eindeutig, dass es sich hier um getrennte Meldungen handelt. Die Ãbermittlung der Diagnosen ersetzt nicht die medizinische BegrÃ¼ndung fÃ¼r die Ãberschreitung der voraussichtlichen Dauer der Krankenhausbehandlung. Allein eine Diagnose rechtfertigt nicht per se die Ãberschreitung der zunÃ¤chst gemeldeten geplanten Entlassung.

Auch die AusfÃ¼hrungen im Schriftsatz der KlÃ¤gerin vom 08.06.2022 vermÃ¶gen eine medizinische BegrÃ¼ndung fÃ¼r die Ãberschreitung der voraussichtlichen Verweildauer nicht zu liefern. Die Angaben betreffen keine mit der Behandlung des Versicherten zusammenhÃ¤ngenden GrÃ¼nde fÃ¼r das Verbleiben im Krankenhaus, sondern die Sicherstellung seiner Versorgung im hÃ¤uslichen Umfeld, die per se keine lÃ¤ngere Verweildauer in der vollstationÃ¤ren Krankenhausbehandlung rechtfertigen kann. Die Notwendigkeit von vollstationÃ¤rer Krankenhausbehandlung richtet sich allein nach medizinischen Erfordernissen (BSG, Beschluss vom 25.09.2007 â GS 1/06 -, in juris). Zudem sind ambulante MaÃnahmen einschlieÃlich hÃ¤uslicher Krankenpflege vorrangig gegenÃ¼ber (weiterer) vollstationÃ¤rer Krankenhausbehandlung (s. Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V). In der AnfÃ¼hrung von GrÃ¼nden, die allein die Versorgung des Versicherten im hÃ¤uslichen Umfeld betreffen, ist deshalb keine âmedizinischeâ BegrÃ¼ndung fÃ¼r die Ãberschreitung der voraussichtlichen Verweildauer im Sinne des Â§ 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V zu sehen.

Verletzt ein Krankenhaus â wie hier â fÃ¤lligkeitsbegrÃ¼ndende Informationspflichten ist die VergÃ¼tungsforderung nicht fÃ¤llig. Dies berechtigt die Beklagte dazu, die Forderung nicht zu erfÃ¼llen (BSG, Urteil vom 07.03.2023 â B 1 KR 11/22 R -, in juris Rn. 26 und 27).

Hiervon ist auch nicht deshalb abzuweichen, weil die Beklagte die medizinische BegrÃ¼ndung wegen Ãberschreitung der zuvor mitgeteilten Verweildauer nach Beendigung der stationÃ¤ren Behandlung und nach Erstellung der Abrechnung der KlÃ¤gerin verlangte. Das BSG hat in seiner Entscheidung vom 07.03.2023 (B 1 KR 11/22 R, in juris) ohne weiteres angenommen, dass auch in einem solchen Fall eine medizinische BegrÃ¼ndung angefordert werden kann und dass â falls eine medizinische BegrÃ¼ndung seitens des Krankenhauses nicht geliefert wird â die VergÃ¼tungsforderung des Krankenhauses nicht fÃ¤llig wird (so auch LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Beschluss vom 18.04.2024 â L 11 KR 2348/22 NZB -, n.v.).

Etwas anderes lÃ¤sst sich insoweit auch nicht auf Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 7 SGB V stÃ¼tzen. Darin ist normiert, welche Angaben das Krankenhaus im Zusammenhang mit der Entlassung aus dem Krankenhaus der Krankenkasse zu Ã¼bermitteln hat. Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V verpflichtet das Krankenhaus Angaben zur voraussichtlichen Dauer der Krankenhausbehandlung, sowie, falls diese Ã¼berschritten wird, eine medizinische BegrÃ¼ndung zu Ã¼bermitteln. Die

Verpflichtung zur Ãbermittlung einer medizinischen BegrÃ¼ndung steht im Zusammenhang mit den zunÃ¤chst gemachten Angaben zur voraussichtlichen Dauer der Krankenhausbehandlung. Die medizinische BegrÃ¼ndung ist zusÃ¤tzlich (âsowieâ) abzugeben, wenn die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung Ã¼berschritten wird. Wegen einer bereits erfolgten Entlassung wird die sich aus Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V ergebende Ãbermittlungspflicht nicht obsolet oder ersetzt. Der Wortlaut der Norm lÃ¤sst keinen Schluss darauf zu, dass im Fall einer bereits erfolgten Entlassung Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V nicht mehr zur Anwendung kommt.

SchlieÃlich war die Beklagte auch nicht verpflichtet, zunÃ¤chst den MD zu beauftragen. Die Beklagte handelt nicht pflichtwidrig, wenn sie nach dem gescheiterten Verlangen einer medizinischen BegrÃ¼ndung die Forderung nicht erfÃ¼llt, anstatt den MD einzuschalten (vgl. BSG, Urteil vom 07.03.2023 â B 1 KR 11/22 R -, in juris Rn. 27 zur Konstellation den MD einzuschalten anstatt die Forderung nicht zu erfÃ¼llen oder nach Zahlung aufzurechnen).

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. Â§ 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf Â§ 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision bestehen nicht.Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â

Â

Erstellt am: 06.11.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024