B 1 KR 11/22 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Koblenz (RPF)
Aktenzeichen
S 16 KR 710/20
Datum
10.03.2021
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 177/21
Datum
24.05.2022
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 11/22 R
Datum
07.03.2023
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Der Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale scheidet aus, wenn das Krankenhaus seine Pflicht verletzt, auf Verlangen der Krankenkasse eine medizinische Begründung für die Dauer der Krankenhausbehandlung zu geben, und es dadurch das Prüfverfahren veranlasst hat.

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 24. Mai 2022 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 300 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

1
Die Beteiligten streiten über eine Aufwandspauschale nebst Zinsen.

2
Die Klägerin ist Trägerin eines zugelassenen Krankenhauses (im Folgenden Krankenhaus). Eine Versicherte der beklagten Krankenkasse (KK) wurde im Krankenhaus ab 2.12.2019 stationär behandelt. Das Krankenhaus teilte der KK im Wege des elektronischen Datenaustauschs eine geplante Entlassung am 8.12.2019 mit, sie erfolgte jedoch erst am 20.12.2019. Am 31.1.2020 rechnete das Krankenhaus die Behandlung ab und stellte für den Zeitraum vom 14.12.2019 bis 19.12.2019 einen Langliegerzuschlag in Rechnung. Am 16.2.2020 bat die KK um eine medizinische Begründung für die Überschreitung des voraussichtlichen Entlassdatums und die angefallenen Langliegertage. Das Krankenhaus gab an, der Zustand der Versicherten sei aus medizinischer Sicht noch nicht gut genug gewesen, um eine Entlassung vornehmen zu können. Weitere Details zum Stand der Versicherten und zur Behandlung dürften aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht in dieser Form erörtert werden. Hierzu stehe der KK das Prüfungsverfahren gemäß §§ 275 ff SGB V zur Verfügung. Sollte sie ihre Zahlungsverweigerung ohne ein solches Verfahren aufrechterhalten, werde ohne weiteren Schriftverkehr Klage eingereicht. Die KK beauftragte daraufhin den Medizinischen Dienst (MD; bis 31.12.2019 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung MDK; vgl aber auch die Übergangsregelungen in § 412 SGB V zur Errichtung der neuen Rechtsträger) mit der Begutachtung, ob die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet gewesen sei. Der MD bejahte dies. Daraufhin beglich die KK die Rechnung des Krankenhauses in voller Höhe.

3
Die Forderung des Krankenhauses auf Zahlung einer Aufwandspauschale wies die KK mit der Begründung zurück, sie habe auf ihre Anfrage keine medizinischen Informationen erhalten. Die Einschaltung des MD sei daher durch eine Verletzung einer Mitteilungspflicht des Krankenhauses veranlasst worden (Schreiben vom 27.5.2020). Das SG hat der Klage stattgegeben und die KK zur Zahlung von 300 Euro nebst Verzugszinsen verurteilt (Urteil vom 10.3.2021). Das LSG hat die erstinstanzliche Entscheidung aufgehoben und die Klage abgewiesen. Ein Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale scheide nach der Rechtsprechung des BSG aus, wenn die KK durch eine

nachweislich fehlerhafte Abrechnung des Krankenhauses veranlasst worden sei, das MD-Prüfverfahren einzuleiten. Vorliegend habe die Prüfung durch den MD zwar zu keiner Minderung des Rechnungsbetrags geführt, einem Anspruch auf die Aufwandspauschale stehe jedoch entgegen, dass die Klägerin durch ihr Verhalten die Einleitung der Prüfung durch die Beklagte veranlasst habe. Die Klägerin habe durch ihre Weigerung, auf Anfrage der KK eine medizinische Begründung für die Liegedauer abzugeben, Anlass für die Beauftragung des MD gegeben. Die Antwort des Krankenhauses erfülle die Anforderungen an eine medizinische Begründung nicht. Die KK habe ihrerseits nicht treuwidrig gehandelt. Die landesvertraglich geregelte Möglichkeit, einen Kurzbericht anzufordern, sei nicht verpflichtend. Im Übrigen habe das Krankenhaus auf das Prüfverfahren hingewiesen. Die KK sei auch nicht gehalten gewesen, eine Klage des Krankenhauses abzuwarten, um die Frage nach der Fälligkeit der Vergütungsforderung zu klären (Urteil vom 24.5.2022).

4
Mit seiner Revision rügt das Krankenhaus die Verletzung von § 275 Abs 1c Satz 3 SGB V. Entsprechend dem Wortlaut der Vorschrift habe die Prüfung durch den MD nicht zu einer Reduzierung des Rechnungsbetrags geführt. Es habe die Beauftragung des MD auch nicht durch eine Verletzung der Auskunftspflicht veranlasst. Die nur allgemein gehaltene Anfrage der KK habe es allgemein beantworten dürfen. Einer präzisierten und inhaltlich weiterfassenden medizinischen Begründung bedürfe es nur, wenn der Kostenträger eine genaue medizinische Begründung mit präziser Fragestellung verlange, woran es gefehlt habe. Der Hinweis der Klägerin auf das Prüfverfahren sei unerheblich, da er nicht ursächlich gewesen sei. Auch bei unterstellter Pflichtverletzung habe die KK den MD nicht beauftragen dürfen, da die Forderung bei einer Verletzung der Übermittlungspflichten nicht fällig gewesen wäre. Es wäre der KK zuzumuten gewesen, eine Klageerhebung des Krankenhauses abzuwarten. Der KK wäre schließlich neben der Zahlungsverweigerung die Anforderung des Kurzberichts möglich gewesen.

5
Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 24. Mai 2022 aufzuheben und die Berufung der Beklagten zurückzuweisen, hilfsweise,

das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 24. Mai 2022 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

6
Die Beklagte beantragt,

die Revision der Klägerin zurückzuweisen.

7
Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend.

II

8
Die Revision ist zulässig, in der Sache jedoch nicht begründet (§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG). Das LSG hat das stattgebende Urteil des SG zu Recht aufgehoben und die Klage abgewiesen.

9
1. Das Krankenhaus hat keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale. Rechtsgrundlage des Anspruchs ist § 275c Abs 1 Satz 2 SGB V (dazu a). Die im Wortlaut der Vorschrift formulierten Voraussetzungen sind zwar erfüllt (dazu b). Der Anspruch scheidet jedoch wegen Verletzung einer Informationspflicht des Krankenhauses aus (dazu c). Der KK ist es nicht verwehrt, sich auf die Mitwirkungspflichtverletzung des Krankenhauses zu berufen (dazu d).

10
a) Anspruchsgrundlage ist § 275c Abs 1 Satz 2 SGB V in der ab 1.1.2020 geltenden Fassung des MDK-Reformgesetzes (BGBl I 2019, 2798; vgl zur Maßgeblichkeit des Zugangs des Prüfauftrags der KK BSG vom 16.7.2020 B 1 KR 15/19 R BSGE 130, 299 = SozR 42500 § 275 Nr 32, RdNr 14). Danach hat die KK dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten, falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt.

11
b) Die im Wortlaut von § 275c Abs 1 Satz 2 SGB V formulierten Voraussetzungen sind erfüllt. Vorliegend führte die Prüfung der Abrechnung nicht zu einer Minderung der Vergütung.

12
c) Dem Anspruch steht jedoch entgegen, dass die Beauftragung des MD aufgrund eines Fehlverhaltens des Krankenhauses erfolgte. Der Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale scheidet aus, wenn das Krankenhaus seine Pflicht verletzt, auf Verlangen der KK eine medizinische Begründung für die Dauer der Krankenhausbehandlung zu geben, und es dadurch das Prüfverfahren veranlasst hat.

13
aa) Nach der Rechtsprechung des Senats besteht kein Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale auch wenn keine Verminderung des Abrechnungsbetrags eintritt , wenn das Prüfverfahren durch ein Fehlverhalten des Krankenhauses veranlasst worden ist (vgl BSG vom 22.6.2010 B 1 KR 1/10 R BSGE 106, 214 = SozR 42500 § 275 Nr 3, RdNr 18 ff). Insoweit führt nicht nur eine fehlerhafte Abrechnung zum Fortfall des Anspruchs auf Aufwandsentschädigung, sondern bereits ein Fehlverhalten des Krankenhauses, das ursächlich für eine MD-Beauftragung war (vgl BSG vom 25.10.2016 B 1 KR 22/16 R BSGE 122, 87 = SozR 42500 § 301 Nr 7, RdNr 9). Anderenfalls könnte das Krankenhaus aus der Verletzung seiner Informationspflichten Vorteile ziehen (vgl BSG vom 23.5.2017 B 1 KR 28/16 R juris RdNr 9 und 34).

14
Dass eine Pflichtverletzung des Krankenhauses einem Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale entgegensteht, ergibt sich bereits

daraus, dass das Verfahren der Prüfungen nach § 275c Abs 1 SGB V effizient und konsensorientiert ausgestaltet sein soll. Die KKn, der MD und die Krankenhäuser führen dementsprechend das Prüfverfahren in konstruktiver Zusammenarbeit durch. Konflikte zwischen den Vertragspartnern bei der Abrechnungsprüfung im Krankenhausbereich sollen durch das Prüfverfahren gerade vermieden und gerichtliche Auseinandersetzungen vermindert werden (§ 1 Satz 1 und 2 PrüfvV; vgl Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit zu dem Entwurf der BReg eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung, BTDrucks 17/13947 S 37 f, dort zu § 17c KHG; vgl auch BSG vom 10.11.2021 B 1 KR 22/21 R SozR 42500 § 275 Nr 35 RdNr 15; BSG vom 30.7.2019 B 1 KR 31/18 R BSGE 129, 1 = SozR 47610 § 366 Nr 2, RdNr 24).

15
bb) Das Krankenhaus hat die Anfrage der KK unter Verstoß gegen die Informationspflichten nach § 301 SGB V unzureichend beantwortet und keine medizinische Begründung zur Verweildauer gegeben.

16
KKn sind nach § 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V berechtigt, bei Überschreiten der gemeldeten voraussichtlichen Verweildauer vom Krankenhaus eine medizinische Begründung zu verlangen. Die Nachfragemöglichkeit der KKn wurde gesetzlich geregelt, da die Angabe der voraussichtlichen Verweildauer sowie die medizinische Begründung bei einer Verlängerung Voraussetzung für die Prüfung der Kostenübernahme durch die KKn sind (vgl BTDrucks 12/3608 S 124). Von der Anfragemöglichkeit hat hier die KK wegen der längeren als zunächst prognostizierten Behandlungsdauer Gebrauch gemacht.

17
Hieraus ergab sich die in § 301 Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V ausdrücklich angeordnete Pflicht des Krankenhauses ("Krankenhäuser ... sind verpflichtet"), eine medizinische Begründung an die KK zu übermitteln (vgl BSG vom 23.5.2017 B 1 KR 28/16 R juris RdNr 34, das aber bei gesetzlich nicht ausdrücklich geregelten Fallgruppen offenlässt, ob es sich bei einer Aufforderung der KK zusätzlich um eine eigenständige Informationspflicht handelt, oder ob es allein eine die Fälligkeit hinausschiebende Obliegenheitsverletzung ist). Nach dem Wortlaut des Gesetzes schuldet das Krankenhaus auf Verlangen der KK nicht lediglich eine Bestätigung der abgerechneten Verweildauer oder eine Bestätigung, dass medizinische Umstände die Behandlungsdauer verursacht haben. Das Krankenhaus ist vielmehr verpflichtet, eine inhaltliche Begründung zu liefern, welche konkreten medizinischen Sachverhaltsumstände zum längeren Behandlungsverlauf geführt haben. Erst eine solche Begründung ermöglicht der KK, über die Notwendigkeit der Beauftragung des MD zu entscheiden. Das Krankenhaus hat keine solche medizinische Begründung gegeben, seine Mitteilung genügt den genannten Anforderungen nicht.

18
Das Krankenhaus konnte sich nicht wegen der Kürze der Frage auf die gegebene Antwort beschränken. Denn aus § 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V ergeben sich für das Verlangen der KK keine Begründungsanforderungen, zumal die Vorschrift allein für das Überschreiten der zunächst prognostizierten Verweildauer eine Nachfrage der KK vorsieht. Es genügt, wenn die KK das Verlangen ohne erläuternde Ausführungen äußert.

19
Auch Beschränkungen der elektronischen Übermittlungsmöglichkeit rechtfertigen die gegebene Antwort nicht. Die Antwort hätte elektronisch oder wie § 301 Abs 1 Satz 2 SGB V ausdrücklich klarstellt in nicht maschinenlesbarer Form an die KK und damit ausführlicher formuliert übermittelt werden können.

20
Auch Gründe des Datenschutzes rechtfertigen das Unterlassen einer medizinischen Begründung nicht. Nach § 100 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB X ist der Arzt oder Angehörige eines anderen Heilberufs verpflichtet, dem Leistungsträger im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach dem Sozialgesetzbuch erforderlich und gesetzlich zugelassen ist. Die Angaben zu den medizinischen Gründen der längeren Verweildauer waren für die Prüfung der Leistungsabrechnung durch die KK erforderlich. § 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V stellt eine von § 284 Abs 1 Satz 1 Nr 9 SGB V geforderte gesetzliche Ermächtigung zur Übermittlung von medizinischen Daten des Versicherten an die KK zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung dar (vgl BSG vom 19.12.2017 B 1 KR 19/17 R BSGE 125, 91 = SozR 41500 § 120 Nr 3, RdNr 17, dort zur sachlich-rechnerischen Prüfung; allgemein zum Verhältnis datenschutzrechtlicher Regelungen im SGB I, SGB X und SGB V BSG vom 8.10.2019 B 1 A 3/19 R BSGE 129, 156 = SozR 42500 § 11 Nr 6, RdNr 32). Das Krankenhaus war somit datenschutzrechtlich berechtigt und leistungserbringungsrechtlich verpflichtet, auf das Verlangen der KK konkrete medizinische Gründe für die Verweildauer mitzuteilen.

21
cc) Die pflichtwidrig unterlassene Mitteilung einer medizinischen Begründung war ursächlich für die Beauftragung des MD durch die KK. Die gegebene Antwort war nicht geeignet, den Widerspruch zwischen prognostizierter und tatsächlicher Verweildauer zu erklären. Es bedurfte der Beauftragung des MD, um die Richtigkeit der Abrechnung zu prüfen. Vorliegend war auch allein die Frage nach der Dauer der stationären Behandlungsbedürftigkeit Anlass für die Beauftragung des MD.

22
d) Der KK ist es vorliegend nicht verwehrt, sich auf die Mitwirkungspflichtverletzung des Krankenhauses zu berufen.

23
aa) Die KK war nicht verpflichtet, vor Beauftragung des MD einen Kurzbericht vom Krankenhaus einzuholen. Es kann dahinstehen, ob die Einholung des Kurzberichts die Beauftragung des MD entbehrlich gemacht hätte. Denn hierzu war die KK weder vertraglich noch nach den Umständen des Einzelfalls verpflichtet.

24
§ 2 des am 25.3.1991 nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V geschlossenen rheinlandpfälzischen Landesvertrags eröffnet den KKn die Möglichkeit zur Überprüfung der leistungsrechtlichen Voraussetzungen der stationären Krankenhausbehandlung. Nach § 2 Abs 1 Satz 2 und 3 des Landesvertrags kann die KK vor Beauftragung des MD unter Angabe des Überprüfungsanlasses eine Stellungnahme des Krankenhauses zu einzelnen Behandlungsfällen anfordern, wenn aus Sicht der KK in Einzelfällen Anlass besteht, die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung zu überprüfen. Das Krankenhaus erläutert die Dauer der stationären Behandlung (Kurzbericht).

25
Es kann dahinstehen, ob die Auslegung des Landesvertrags durch das LSG der revisionsgerichtlichen Überprüfung unterliegt (ausführlich zur Auslegung von typischen Verträgen: BSG vom 18.8.2022 B 1 KR 30/21 R juris RdNr 29 ff; zu in wesentlichen Teilen sogar wörtlich übereinstimmenden Landesverträgen zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung: BSG vom 18.7.2013 B 3 KR 21/12 R BSGE 114, 105 = SozR 42500 § 275 Nr 14, RdNr 35). Jedenfalls ist das LSG zutreffend zu dem Ergebnis gelangt, dass sich aus dem Vertrag keine Rechtspflicht ergibt, einen Kurzbericht anzufordern. Vielmehr ist der KK im Rahmen der Prüfung des Behandlungsfalles vertraglich nur eine Möglichkeit eingeräumt, einen Kurzbericht einzuholen ("kann"). Wenn wie vorliegend nur um die Verweildauer gestritten wird, entsprechen sich im Übrigen Zweck und Inhalt einerseits der medizinischen Begründung, die nach § 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V verlangt werden kann und andererseits des Kurzberichts, der auf vertraglicher Grundlage angefordert werden könnte. Nach dem erfolglosen Versuch, eine medizinische Begründung für die Verweildauer zu erhalten, versprach eine Wiederholung des Begehrens unter Hinweis auf eine andere Rechtsgrundlage keinen weitergehenden Erfolg. Denn das Krankenhaus hatte in seiner Antwort deutlich zu erkennen gegeben, der KK keine weiteren medizinischen Informationen geben zu wollen.

26
bb) Die KK musste auch nicht wegen fehlender Fälligkeit der Vergütungsforderung von der Beauftragung des MD absehen.

27
Verletzt ein Krankenhaus fälligkeitsbegründende Informationspflichten, schließt dies nicht die Berechtigung der KK aus, den Sachverhalt vorgerichtlich mit den ihr zur Verfügung stehenden Möglichkeiten aufzuklären. Die Beauftragung des MD dient gerade der vorprozessualen, möglichst einen Rechtsstreit vermeidenden Klärung von Sachverhalten. Eine KK handelt danach nicht pflichtwidrig, wenn sie nach dem gescheiterten Verlangen einer medizinischen Begründung den MD einschaltet, anstatt die Forderung nicht zu erfüllen oder nach Zahlung aufzurechnen (zu den Einschränkungen der Aufrechnungsbefugnis der KKn ab 1.1.2020 siehe § 109 Abs 6 SGB V) und eine Klageerhebung durch das Krankenhaus abzuwarten.

28
Die Klärung der Abrechnungsstreitigkeit durch den MD lag hier in beiderseitigem Interesse. Die Beauftragung des MD führte im Interesse des Krankenhauses im Ergebnis zur beanstandungslosen Zahlung der Vergütung. Das Alternativverhalten, mithin die Geltendmachung der fehlenden Fälligkeit und ein ggf nachfolgendes Klageverfahren, hätte zulasten beider Beteiligter einen hohen und langwierigen Aufwand verursacht, der durch ein MD-Prüfverfahren gerade vermieden werden sollte.

29
2. 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.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-05-16