

Siehe auch: Urteil des 3. Senats vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R -

# Bundessozialgericht



BUNDESSOZIALGERICHT - Pres:  
Graf-Bernadotte-Platz 5, 34111  
Tel. (0561) 3107-1, Durchwahl -480,  
e-mail: [preasestelle@bsg](mailto:preasestelle@bsg)  
Internet: <http://www.bundessozialg>

Kassel, den 22. März 2013

## Terminbericht Nr. 9/13 (zur Terminvorschau Nr. 9/13)

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts berichtet über seine Sitzung vom 21. März 2013 wie folgt:

Die Revision der Klägerin führte zur Aufhebung der LSG-Entscheidung und zur Zurückverweisung des Rechtsstreits. Das LSG hat die Entscheidung des erkennenden Senats vom 16.5.2012 (B 3 KR 14/11 R) missverstanden und zu Unrecht ausgeführt, dass "eine Herzkatheteruntersuchung immer ambulant durchzuführen ist" (richtig: Leistung nach Kategorie 2 des AOP-Vertrages iF vom 8.5.2012), dass die Beklagte "den MDK schon auf der 1. Stufe der Sachverhaltsermittlung eingeschaltet" hat (richtig: sozialmedizinische Fallberatung - 2. Stufe der Sachverhaltsermittlung), dass "eine Nachholung des Grundes der stationären Aufnahme grundsätzlich nicht möglich" und "trotz übereinstimmend festgestellter und vom MDK bestätigter Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung kein Anspruch der Klägerin begründbar" ist.

Der Senat hat festgestellt, dass die Krankenhaus-Rechnung zunächst wegen fehlender Angaben zum Grund der Aufnahme nicht fällig gewesen ist. Die Rechtsprechung vom 16.5.2012, die bislang nur Behandlungen betraf, die in der Regel dem vertragsärztlichen Bereich zuzuordnen sind, hat er nun auch auf den AOP-Bereich übertragen, denn dort sind Leistungen bezeichnet, die in der Regel ambulant erbracht werden sollen (Kategorie 1), bzw solche, bei denen sowohl eine ambulante als auch eine stationäre Durchführung möglich ist (Kategorie 2). Dem Krankenhaus steht im Hinblick auf die Entscheidung des Großen Senats des BSG vom 25.9.2007 (GS 1/96) indes kein Wahlrecht zu, ob eine im AOP-Vertrag aufgeführte Behandlung ambulant oder stationär durchgeführt wird; bei stationärer Leistungserbringung ist es vielmehr gehalten, die hierfür maßgeblichen Tatsachen gemäß Anlage 2 zum AOP-Vertrag der Krankenkasse mitzuteilen. Unterbleibt diese Mitteilung, tritt keine Fälligkeit der Krankenhausrechnung ein und die Frist des § 275 Abs 1c Satz 2 SGB V läuft nicht. Holt das Krankenhaus die notwendige Begründung nach (wie hier mit Schreiben vom 3.12.2008), wird die Rechnung nachträglich fällig, so dass die Krankenkasse deren Überprüfung durch den MDK (3. Stufe der Sachverhaltsermittlung) nur innerhalb von sechs Wochen veranlassen kann. Nach Ablauf der Frist ist weder das Krankenhaus verpflichtet, Unterlagen an den MDK herauszugeben, noch das SG/LSG berechtigt, von sich aus Beweise zu erheben.

Die erforderlichen Angaben zum Grund der Aufnahme können im Rahmen des Datenträgeraustauschs nach § 301 Abs 1 Satz 1 SGB V erfolgen, soweit die Vertragsparteien des § 301 Abs 3 SGB V entsprechende elektronische Vorgaben vereinbaren, anlog § 301 Abs 1 Satz 2 SGB V in nicht maschinenlesbarer Form oder auf andere Weise. Da es um die Begründung der Fälligkeit der Krankenhausrechnung geht, dürfte aber gerade die Abrechnung der richtige Platz für die notwendigen ergänzenden Angaben sein. Diese Pflicht der Krankenhäuser, bei ambulant und stationär möglicher Leistungserbringung ergänzende Angaben zum Grund der Krankenhausaufnahme zu machen, beruht auf § 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V und bedeutet keinen Verstoß gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen, denn ob der angegebene Grund tatsächlich zutrifft, bleibt im Zweifelsfall der Prüfung durch den MDK vorbehalten.

Eine abschließende Entscheidung in der Sache war dem Senat nicht möglich, weil noch medizinisch zu klären ist, für welchen Zeitraum die Krankenhausbehandlung hier notwendig war. Dabei wird das LSG die oa Beweisbeschränkungen zu beachten und den Sachverhalt auf der Basis der bereits vorliegenden Unterlagen und Befunde zu bewerten haben.

SG Hannover - S 19 KR 332/09 -  
LSG Niedersachsen-Bremen - L 4 KR 15/10 -  
Bundessozialgericht - B 3 KR 28/12 R -