




recherchiert von: **Thomas Rehm** am 06.06.2012

<b>Anmerkung zu:</b>	SG Berlin 36. Kammer, Urteil vom 11.01.2012 - S 36 KR 242/11	<b>Quelle:</b>	
<b>Autor:</b>	Thomas K. Rehm, LL.M., RA	<b>Normen:</b>	§ 112 SGB 5, § 39 SGB 5, § 276 SGB 5, § 275 SGB 5
<b>Erscheinungsdatum:</b>	31.05.2012	<b>Fundstelle:</b>	jurisPR-SozR 11/2012 Anm. 2
		<b>Herausgeber:</b>	Prof. Dr. Thomas Voelzke, Vors. Ri-BSG Prof. Dr. Rainer Schlegel, Ministerialdirektor, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

**Kein Einwendungsausschluss wegen Überschreitung des Begutachtungsauftrages und der Prüffrist durch den MDK**

**Leitsätze**

- 1. Beauftragt die Krankenkasse den MDK innerhalb der Frist gemäß § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V mit einer Prüfung der stationären Verweildauer und stellt der MDK in diesem Rahmen das Vorliegen einer fehlerhaften Abrechnung wegen Kodierung unzutreffender Diagnosen und/oder Prozeduren fest, ist die Krankenkasse mit Einwendungen gegen die Abrechnung weder wegen der Überschreitung des Prüfauftrages durch den MDK noch wegen Nichteinhaltung der Prüffrist gemäß § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V ausgeschlossen.**
- 2. Im Rahmen der von § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V geforderten zeitnahen Durchführung der Prüfung ist der Krankenkasse ein Verschulden des MDK nicht zurechenbar (Anschluss an BSG, Urt. v. 28.09.2006 - B 3 KR 23/05 R; entgegen LSG München, Urt. v. 04.10.2011 - L 5 KR 14/11).**

**A. Problemstellung**

Zentral befasst sich die rechtskräftige Entscheidung mit der Rechtsqualität und Bindungswirkung der Fragestellungen von Krankenkassen bei MDK-Prüfungen. Das SG Berlin begründet gut, dass Kliniken sich nicht formell auf Einschränkungen des Prüfauftrages berufen und dies materiell begründeten Rechnungskorrekturen entgegenhalten können.

Ein Verschulden des MDK, Prüfungen nicht zeitnah abzuschließen, hält das Gericht nicht der auftragserteilenden Krankenkasse für zurechenbar.

**B. Inhalt und Gegenstand der Entscheidung**

Mit der Klage verfolgte eine Klinik für stationäre Behandlung die Zahlung von 1.493,64 Euro von einer Krankenkasse.

Drei Wochen nach Rechnungsstellung hatte die Krankenkasse dem MDK den Prüfauftrag mit der „Fragestellung“ erteilt, ob die Verweildauer medizinisch vertretbar sei. Der MDK kam zu dem Ergebnis, dass die klinische Kodierung unzutreffend war. Dagegen wandte die Klinik ein, dass der MDK damit seinen Prüfauftrag überschritten habe. Auf die Rechnung der Klinik zahlte die Krankenkasse einen um die Klageforderung gekürzten Betrag.

Im Prozess teilte die Klinik mit, dass die vom MDK angenommene DRG grundsätzlich akzeptiert worden wäre, formelle Gründe aber Einwendungen gegen die Kodierung ausschlossen. Da die Stellungnahme des MDK erst über ein Jahr nach Erteilung des Prüfauftrages vorgelegen hat, wären eine Möglichkeit der Klinik, sich in der Sechs-Wochen-Frist auf die erweiterte Prüfung einzustellen, und eine Zeitnähe nicht gegeben. Das SG Berlin folgte dieser Auffassung nicht und wies die Klage ab.

Es sieht schon grundsätzlich keine Überschreitung des Prüfauftrages, wenn der MDK Erkenntnisse mitteilt, die über die Fragestellung der Krankenkasse hinausgehen. Begutachtungsaufträge seien einer Auslegung zugängliche Willenserklärungen. Eine konkrete Fragestellung bedeute, dass der MDK seine Begutachtung darauf fokussieren solle und nicht zur vollständigen Prüfung verpflichtet sei. Dies schließe aber nicht aus, dass der MDK weitergehende Erkenntnisse einbeziehe. Dies ergäbe sich aus dem hohen Stellenwert von Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der GKV.

Wegen der begrenzten Erkenntnisse der Krankenkasse über den Behandlungsfall sei das Interesse evident, relevante Auffälligkeiten, die sich insbesondere aus den der Krankenkasse nicht zugänglichen Behandlungsunterlagen ergeben, berücksichtigen zu können. Die Beschränkung von Prüfaufträgen bezwecke allein, den Prüfaufwand zu begrenzen, um für eine Vielzahl von Fällen bei beschränkten Ressourcen eine zielgerichtete und zügige, effektive Prüfung zu gewährleisten.

Schutzwürdiges Vertrauen der Klinik ergäbe sich aus Beschränkungen von Prüfaufträgen nicht. Solches würde dazu führen, dass Krankenkassen stets umfassende Prüfaufträge erteilen müssten. Dies liefe zügigen und zeitnahen Prüfungen zuwider.

Da nach dem Wortlaut des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V binnen sechs Wochen die Prüfung lediglich „einzuleiten“ sei, komme es auf den Umfang der Prüfung und etwaige Einschränkungen des Prüfauftrages nicht an. Die Frist zur Einleitung sei jedenfalls gewahrt.

Auch wenn die Vorlage des Prüfungsergebnisses nach über einem Jahr nicht mehr als zeitnah anzusehen sei, könne dies der beklagten Krankenkasse nicht entgegengehalten werden. Sie habe die ihr obliegenden vertraglichen und gesetzlichen Pflichten eingehalten. Ohne Angabe weiterer Gründe sei der Krankenkasse ein Verschulden des MDK nach der Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 28.09.2006 - B 3 KR 23/05 R) nicht zuzurechnen. Diese Erwägungen ließen die geltend gemachten Ansprüche der Klinik entfallen.

### **C. Kontext der Entscheidung**

Das Gericht ist in eine der immer noch existierenden Lücken in der Rechtsprechung zu Krankenhausvergütungen vorgestoßen. Dabei zeigt der Rechtsstreit, dass sich dazu relevante Rechtsfragen stellen.

Ohne dies zu problematisieren, geht das SG Berlin davon aus, dass Fragestellungen zum Prüfauftrag Rechtswirkungen haben. Dies steht im Einklang mit der Rechtsprechung des BSG. Schon die Entscheidungen der sog. „Berliner Fälle“ (BSG, Urt. v. 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R u.a.) sehen eine Erforderlichkeit, den konkreten Prüfanlass bei der Anforderung eines Kurzberichtes bei einer Klinik mitzuteilen. Nach dem BSG (Urt. v. 28.02.2007 - B 3 KR 12/06 R) entscheidet eine Krankenkasse als „Herrin“ des Begutachtungsauftrages nicht nur „ob“, sondern mit welcher konkreten Fragestellung sie den MDK einschaltet. Gesetzlich oder vertraglich vorgeschrieben ist eine konkrete Fragestellung der Krankenkasse allerdings nicht. Verträge gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V geben nur vor, dass jeweils Einzelfälle Prüfgegenstand sein müssen.

Grundsätzlich geht es bei diesen Fällen immer darum, die Erforderlichkeit gemäß § 39 Abs. 1 SGB V zu prüfen. Wegen der vom Gericht angesprochenen, begrenzten Erkenntnisse der Krankenkasse über den Behandlungsfall erscheint auch aus tatsächlichen Gründen fraglich, ob eine Einschränkung des Begutachtungsauftrages geboten ist.

Tatsächlich spricht dafür, dass eine Prüfung ohne konkreten Anlass einen großen Teil der ärztlichen Arbeitskraft beanspruchen und letztlich die Krankenhäuser in ihrem eigentlichen Versorgungsauftrag beeinträchtigen würde (BSG, Urt. v. 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R). Auch beschränkte Ressourcen sprechen dafür, den Prüfaufwand zu begrenzen, wie das SG Berlin richtig betont.

Rechtlich ist eine konkrete Fragestellung wohl unter § 276 Abs. 1 SGB V zu subsumieren. Danach sind dem MDK die erforderlichen Auskünfte zu erteilen, also auch erkannte Prüfanlässe mitzuteilen.

Somit ist gut nachvollziehbar, die Fragestellung als Willenserklärung auszulegen, die im Fokus der Begutachtung stehen, die Mitteilung weiterer Erkenntnisse aber nicht ausschließen soll.

Damit wird regelmäßig der Prüfauftrag auch für die Klinik nicht unzumutbar ausgeweitet. Schutzwürdig könnte für Kliniken nur das Vertrauen auf einen bestimmten Prüfaufwand sein. Für die meisten Prüfungen kommt es auf die Behandlungsdokumentation an. Die Art und Weise der Prüfung bestimmt ohnehin der MDK allein; er wird insoweit in einem „eigenen Pflichtenkreis tätig“ (BSG, Urt. v. 28.09.2006 - B 3 KR 23/05 R). Soweit sich aus den Unterlagen Erkenntnisse über die Fragestellung hinaus ergeben, gibt es daher keinen Grund, das Vertrauen einer Klinik auf den Bestand einer überhöhten Abrechnung zu schützen.

Anders könnte es nur sein, wenn der MDK über die Fragestellung hinaus besondere Prüfungsaufwände verursacht. Dann könnte eine Änderung oder Ergänzung des Prüfauftrages geboten sein. Das kommt allerdings kaum vor, weil der MDK kein eigenes rechtliches oder wirtschaftliches Interesse an den streitigen Vergütungsfragen hat (BSG, Urt. v. 28.02.2007 - B 3 KR 12/06 R).

#### **D. Auswirkungen für die Praxis**

Der Entscheidung wäre eine Bestätigung durch höhere Instanzen zu wünschen. Es ist kaum davon auszugehen, dass alle Kliniken dieser erstinstanzlichen Entscheidung folgen. Krankenkassen sollten daher in ihren Fragestellungen ihr Interesse an weitergehenden Erkenntnissen zum Ausdruck bringen. Unabhängig von der Zurechenbarkeit sollte der MDK zu zeitnaher Prüfung, möglichst binnen sechs Monaten, angehalten werden.

#### **E. Weitere Themenschwerpunkte der Entscheidung**

Der zweite Leitsatz stellt heraus, dass ein Verschulden des MDK beklagten Krankenkassen nicht zurechenbar sei und dass das BSG (Urt. v. 28.09.2006 - B 3 KR 23/05 R) und das LSG München (Urt. v. 04.10.2011 - L 5 KR 14/11) divergieren.

Leider schließt sich das SG Berlin ohne inhaltliche Ausführungen dem BSG an. Dessen Entscheidung begründet dezidiert, dass und warum der MDK kein Erfüllungsgehilfe einer Krankenkasse und daher Verschulden nicht zurechenbar sein kann. Damit setzt sich die abweichende Entscheidung des LSG München nicht auseinander. Da MDK-Prüfungen oft länger als acht Monate dauern, was das LSG München nicht mehr als zeitnah gemäß § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V erachtet, kommt es auf die Zurechenbarkeit entscheidend an. Zuzugeben ist, dass das sinnvolle Tatbestandsmerkmal der Zeitnähe weitgehend leerläuft, wenn eine Missachtung durch den MDK letztlich folgenlos bleibt. Sollte das BSG, dem die Entscheidung des LSG München zur Revision vorliegt (B 1 KR 24/11), eine Zurechnung nunmehr bejahen, wird der MDK sich sowohl auf zeitnähere Prüfungen als auch auf mögliche Ersatzansprüche der Krankenkassen einstellen müssen.