

Vorbei ist vorbei:

LSG Niedersachsen–Bremen bestätigt Ausschlussfrist in § 275 Abs. 1 c SGB V

Mit Urteil vom 13.07.2011 (Az.: L 1 KR 501/10) hat das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen festgestellt, dass es sich bei der sechswöchigen Frist, innerhalb der das Überprüfungsverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeleitet werden muss, um eine Ausschlussfrist handelt, so dass nach Verstreichen dieser Frist der Sachverhalt auch nicht mehr im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens unter dem Gesichtspunkt der Amtsermittlung aufgeklärt werden muss.

Krankenkassen haben keinen medizinischen Sachverstand

Im System der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen die gesetzlichen Krankenkassen über keinen medizinischen Sachverstand. Auch wenn sie dem Versicherten bzw. dem Krankenhaus gegenüber die leistungsrechtliche Entscheidung treffen, sind sie in allen Fragen, die eine medizinische Beurteilung voraussetzen, auf ein Tätigwerden des MDK angewiesen. Die Entscheidung, ob der MDK einen stationären Behandlungsfall überprüfen soll, ist zeitlich aber nicht unbegrenzt möglich. Nach § 275 Abs. 1 c Satz 2 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) muss innerhalb eines Zeitraumes von sechs Wochen ab Zugang der Rechnung bei der Krankenkasse das Überprüfungsverfahren nicht nur eingeleitet worden sein; der MDK muss die Prüfung auch gegenüber dem Krankenhaus angezeigt haben.

Fristversäumnis und Amtsermittlungsgrundsatz

In der Praxis kommt es nicht selten vor, dass die Anzeige des MDK zeitlich später beim Kranken-

haus eingeht. In einem solchen Fall drängen Krankenkasse und MDK nicht selten darauf, dass gleichwohl die zur Überprüfung erforderlichen Unterlagen vorgelegt werden und erforderliche Informationen mitgeteilt werden. Es wird dann darauf hingewiesen, dass für den Fall, dass die Behandlungskosten in einem gerichtlichen Verfahren streitig werden, es auf die Versäumung der Frist des § 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V nicht mehr ankomme. Denn in den Verfahren, die vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit verhandelt werden, gelte der sogenannte Amtsermittlungsgrundsatz. Das Gericht sei dann verpflichtet, von sich aus den Sachverhalt zu ermitteln und gegebenenfalls Beweis zu erheben. An den Sachvortrag der Parteien und dort mitgeteilte Beweisanregungen sei das Gericht nicht gebunden.

Die Frage der Fristversäumnis bei der Einleitung eines außergerichtlichen Überprüfungsverfahrens durch Einschaltung des MDK ist lange streitig gewesen. Das LSG Niedersachsen-Bremen hat diesen Streit als soweit ersichtlich erstes Landessozialgericht in der Bundesrepublik zugunsten der Krankenhäuser entschieden.

Der Ausgangsfall: MDK-Gutachten erst im gerichtlichen Verfahren

In dem in erster Instanz beim Sozialgericht (SG) Braunschweig geführten Verfahren, begehrte der Krankenträger die Bezahlung von Krankenhausbehandlungskosten für eine in einem Schlaflabor erbrachte stationäre Behandlung. Diese wurde mit Datum vom 13.09.2007 mit einem Betrag in Höhe von 830,35 € gegenüber der Krankenkasse in Rechnung gestellt. Die Rechnung ging der beklagten Krankenkasse am gleichen Tag per Datenträgeraustausch (DTA) zu.

Nachdem eine Zahlung nicht erfolgte, erhob der Krankenträger Klage vor dem SG Braunschweig. Im Rahmen der Klageschrift wurde auch gerügt, dass es die Beklagte gänzlich unterlassen hatte, den MDK mit der Begutachtung des Behandlungsfalls zu beauftragen.

Im gerichtlichen Verfahren legte die Beklagte Krankenkasse ein Gutachten des MDK vor, welches die Notwendigkeit der stationären Behandlung ablehnte. Trotz des Verstreichenlassens der in § 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V genannten Frist, müsse das Gutachten des MDK im gerichtlichen Verfahren berücksichtigt werden. Die Einwendungen, die dort vorgebracht wurden, machte sich die beklagte Krankenkasse zu Eigen. Im Übrigen sei dem klagenden Krankenträger aus der Vergangenheit bekannt, dass die beklagte Krankenkasse die stationäre Erbringung dieser Leistung generell ablehne, weil sie der Ansicht sei, diese müsse zwingend ambulant erbracht werden. Im Rahmen des DTA hatte die beklagte Krankenkasse am 04.10.2007 darauf hingewiesen und gebeten mitzuteilen, auf welcher Grundlage von einer medizinischen Indikation für eine stationäre Behandlung auszugehen sei. Dass hier Einwendungen – konkret der Umstand, dass die Leistung ambulant erbracht werden müsste – im Raum standen, sei dem klagenden Klinikträger bewusst und bekannt gewesen.

SG Braunschweig: keine Ausschlussfrist

Das SG Braunschweig folgte der Auffassung der beklagten Krankenkasse und wies die auf Zahlung gerichtete Klage mit Urteil vom 07.09.2010 ab (Az.: S 40 KR 532/07). Zwar habe die beklagte Krankenkasse die in § 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V genannte Frist versäumt. Dies binde jedoch das Gericht im Rahmen der Amtsermittlung nicht. Nach § 106 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) müsse der Sachverhalt von Amts wegen aufgeklärt werden. Dieser Grundsatz würde nicht durch § 275 SGB V eingeschränkt.

Der Gesetzgeber habe gesetzlich keine Regelung vorgeschrieben, was im Fall der Fristversäumnis geschieht. Dass die Krankenkasse dann mit einem Einwendungsausschluss rechnen müsse, widerspräche den Wertungen, die der Große Senat des Bundessozialgerichts (BSG) in seinem Beschluss vom 25.09.2007 (Az.: GS 1/06) ausgeführt habe, d. h. ein Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen habe, ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizini-

schen Gründen notwendig sei. Im konkreten Fall sei bereits aus dem Inhalt der Krankenhausakte ersichtlich, dass die Durchführung der Behandlung im Schlaflabor medizinisch nicht notwendig gewesen sei. Sie hätte auch ambulant durchgeführt werden können. Das Gericht nahm insoweit die einschlägigen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses in Bezug.

Erfolgreiches Berufungsverfahren vor dem LSG Niedersachsen-Bremen

Das klagende Krankenhaus hat gegen diese Entscheidung Berufung zum LSG Niedersachsen-Bremen erhoben und sich ausdrücklich auf die seiner Ansicht nach gegebene Ausschlusswirkung der Versäumung der in § 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V genannten Frist berufen. Ob tatsächlich die Voraussetzungen für eine stationäre Krankenhausbehandlung vorgelegen haben, müsse nicht geklärt werden.

Das LSG Niedersachsen-Bremen hat auf die Berufung des klagenden Krankenhauses die Entscheidung des SG Braunschweig vom 07.09.2010 aufgehoben und die beklagte Krankenkasse antragsgemäß verurteilt, die Krankenhausbehandlungskosten zu zahlen.

Das Gericht folgte der Einschätzung des klagenden Krankenhauses, dass die beklagte Krankenkasse durch Versäumung der sechswöchigen Frist nach Zugang der Rechnung mit allen Einwendungen ausgeschlossen sei. Bei dieser Frist handele es sich auch um eine im Gerichtsverfahren zu beachtende Ausschlussfrist. Dies ergebe sich aus dem eindeutigen Wortlaut, der eine Prüfung „*spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung*“ verlange. Auch aus dem Sinn und Zweck der Vorschrift lasse sich die Ausschlusswirkung begründen. Die Einführung der Bestimmung des § 275 Abs. 1 c SGB V wurde im Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) gerade damit begründet, dass die Prüfungsmöglichkeit in der Vergangenheit in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung genutzt worden sei, wodurch es zu unnötiger Bürokratie gekommen sei. Der Verwaltungsablauf in den Krankenhäusern sei hierdurch erheblich beeinträchtigt worden. Im Ergebnis habe dies auch zu Unsicherheiten bei Erlösausgleichen und Jahresab schlüssen geführt. Das BSG habe bereits im

Rahmen der sogenannten „Berliner Fälle“ (Urt. v. 13.12.2001, Az.: B 3 KR 11/03 R) betont, dass die Durchführung der Prüfung durch den MDK „zeitnah“ erforderlich sei, weil es auf die anschauliche Beurteilung der behandelnden Ärzte ankomme. Anderenfalls bestehe die Gefahr einer verschlechterten Beweislage und eines erhöhten Aufwandes. Die Einschaltung des MDK werde spätestens dann notwendig, wenn die Krankenkasse nach Vorlage der Rechnung und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit habe.

Das LSG Niedersachsen-Bremen schlussfolgerte aus dem Wortlaut der Bestimmung und der Begründung im Gesetzentwurf (BT-Drs 16/3100, S. 171) dass die MDK-Prüfung im Krankenhausbereich zielgerichtet und zügig durchgeführt werden solle, so dass nach Ablauf der sechswöchigen Frist die Krankenkasse grundsätzlich an einer Prüfung der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung gehindert sein soll. Wird diese Frist versäumt, darf dies nicht dazu führen, dass sich die Überprüfung in das Gerichtsverfahren verlagert. Dies würde auch zu einer Belastung der Gerichte führen. Versäumt es die Krankenkasse unter Ausschöpfung ihrer eigenen Überprüfungsmöglichkeiten Einwendungen zu konkretisieren, ist über die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung vom Gericht auch aus kein Beweis mehr zu erheben.

Da der zeitliche Ablauf zwischen den Klageparteien unstrittig war und nicht im Raum stand, dass es sich um einen offensichtlichen Fehler handelte, ebenso wenig dem Krankenhaus vorgeworfen wurde, die Datenmeldung per DTA sei unvollständig oder unschlüssig gewesen, konnte das Gericht im Sinne des Krankenhauses entscheiden. Offen geblieben ist somit, ob in diesem Fall tatsächlich die Behandlung hätte ambulant erbracht werden können. Diesen Punkt wollte das LSG Niedersachsen-Bremen nicht weiter verfolgen, nachdem die in § 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB genannte Frist verstrichen war.

Was sagt das BSG?

Das LSG Niedersachsen-Bremen erkannte die grundsätzliche Bedeutung seiner Entscheidung und ließ die Revision zu. Die beklagte Krankenkasse hat dann auch das BSG als dritte Instanz angerufen (Az.: B 3 KR 14/11 R). Es bleibt abzuwarten, wie das oberste Sozialgericht letztlich

die hier im Raum stehende Frage entscheiden wird.

Empfehlung für die Praxis

Die Entscheidung des LSG Niedersachsen-Bremen ist zu begrüßen. Das Gericht setzt konsequent den Gesetzeswortlaut und das hinter der Regelung des § 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V stehende Ziel der Herbeiführung einer zeitnahen Prüfung um, wie dieses bereits mehrfach vom BSG gefordert wurde.

Die Frage, ob die Fristversäumung im außgerichtlichen Überprüfungsverfahren auch die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit bindet, wurde von den Gerichten in der Vergangenheit nicht einheitlich beurteilt.

Zu betonen ist, dass das SG Braunschweig in der erstinstanzlichen Entscheidung, die dem Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 13.07.2011 vorangegangen war, die Angelegenheit noch gänzlich anders gesehen hatte. Auch das SG Hildesheim erachtet die Regelung des § 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V im Urteil vom 05.05.2011 (Az.: S 22 KR 208/07) nicht als Ausschlussfrist, die eine weitergehende Amtsermittlung im gerichtlichen Verfahren ausschließt. Über die Berufung gegen die Entscheidung des SG Hildesheim ist im Übrigen ebenfalls das LSG Niedersachsen-Bremen zuständig, so dass davon auszugehen ist, dass diese Entscheidung – soweit sich der Rechtsstreit nicht anderweitig erledigt – aller Voraussicht nach auch keinen Bestand haben wird.

Hinzuweisen ist auch, dass mehrere Gerichte ebenso wie das LSG Niedersachsen-Bremen entschieden haben, namentlich das SG Darmstadt mit Urteil vom 20.05.2010 (Az.: S 18 KR 344/08), das SG Augsburg mit Urteil vom 22.07.2009 (Az.: S 12 KR 35/09), das SG Dortmund mit Urteilen vom 22.07.2011 (Az.: S 8 KR 140/09 und S 8 KR 298/09) sowie das SG Hamburg mit Urteil vom 25.07.2011 (Az.: S 6 KR 151/11). Die Entscheidungen haben sich insoweit einer bereits der in der Literatur überwiegenden Meinung angeschlossen (vgl. *Sichert in Becker/ Kingreen, SGB V, 2. Aufl. 2010, § 275 Rn. 10; Wölk in FS Arge MedR 2008, S. 673, 684; Sieper GesR 2007, S. 446, 447*).

Die Urteilsgründe der Entscheidung des LSG

Niedersachsen-Bremen vom 13.07.2011 sind erst vor kurzem veröffentlicht worden. Es ist aber nicht ausgeschlossen, dass die Kostenträger gleichwohl weiterhin auf die zu ihren Gunsten ergangenen Entscheidungen – insbesondere das aufgehobene erstinstanzliche Urteil des SG Braunschweig – beharren, um ein außergerichtliches Überprüfungsverfahren durch den MDK einzuleiten. Aus Krankenhaussicht ist dringend zu empfehlen auf die in § 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V genannte Frist hinzuweisen und diese zu beachten. Versäumt die Krankenkasse diese Frist bzw. wird dem Krankenhaus nicht innerhalb dieser Frist die Einleitung des MDK-Überprüfungsverfahrens angezeigt, endet dieses. In einem solchen Fall dürfen auch keinerlei Unterlagen mehr an den MDK weitergeleitet werden. Das Krankenhaus sollte auf die Entscheidung verweisen und – sofern die Behandlungs-

kosten noch nicht beglichen wurden oder es zu einer Verrechnung gekommen ist – ein gerichtliches Klageverfahren einleiten. Und da das – zwar in unzulässiger Weise eingeleitete – MDK-Überprüfungsverfahren nicht zu einer Minderung des Rechnungsbetrages führt, ist auch zu überlegen, der Krankenkasse die in § 275 Abs. 1 c Satz 3 SGB V genannte Aufwandspauschale in Rechnung zu stellen.

*Dr. Marc Sieper, Mag. rer. publ., Sindelfingen
Fachanwalt für Medizinrecht
sieper@rpmed.de*

www.rpmed.de

Impressum:

Ratajczak & Partner, Rechtsanwälte
Posener Str. 1, 70165 Sindelfingen
AG Stuttgart (PR 240005), Sitz Sindelfingen
USt.-Ident-Nr.: DE145149760

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:
Dr. Detlef Gurgel

E-Mail der Redaktion: redaktion@rpmed.de
Die Mitteilungen dieses Newsletters enthalten allgemeine Informationen zu rechtlichen Themen. Eine rechtliche Beratung im Einzelfall können sie nicht ersetzen. Für die Richtigkeit der Information übernehmen wir keine Haftung.