

B 1 KR 52/12 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 13 KR 928/10
Datum
30.06.2011
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 409/11
Datum
31.05.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 52/12 R
Datum
17.12.2013
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Jede Auffälligkeit einer Krankenhausabrechnung begründet einen Anfangsverdacht, der die grundsätzlich vergütungspflichtige Krankenkasse zur umfassenden Überprüfung berechtigt (Bestätigung von BSG vom 16.12.2008 - [B 1 KN 3/08 KR R](#) = [BSGE 102, 181](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 15](#); Klarstellung zu BSG vom 16.5.2013 - [B 3 KR 32/12 R](#) = [SozR 4-2500 § 275 Nr 13](#)).

2. Das behandelnde Krankenhaus kann sich gegenüber dem Anspruch der Krankenkasse auf Herausgabe von Behandlungsunterlagen zum Zwecke der Abrechnungsprüfung nicht auf die örtliche Unzuständigkeit des MDK berufen.

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 31. Mai 2012 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1317,76 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Herausgabe von Behandlungsunterlagen an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Rheinland-Pfalz.

2

Die Beklagte betreibt in Nordrhein-Westfalen (NRW) ein nach [§ 108 SGB V](#) zur Behandlung Versicherter zugelassenes Krankenhaus. Es behandelte den bei der klagenden Krankenkasse (KK) versicherten P. F. (im Folgenden: Versicherter) vom 16.10. bis 10.11.2009 stationär. Die Beklagte berechnete hierfür 3953,29 Euro unter Zugrundelegung der DRG E65C (Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne FEV1 (35 %, Alter) 0 Jahre; 25.11.2009). Die Klägerin beglich zunächst die Rechnung. Sie beauftragte sodann den MDK Rheinland-Pfalz über das Krankenhaus Kompetenz Centrum (KCC), das Vorliegen medizinischer Gründe insbesondere für die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer zu prüfen. Der MDK bat die Beklagte erfolglos darum, den Entlassungsbericht, die Fieberkurven, den Pflegebericht, die Operations-, PTCA-, PTR-Berichte sowie die Labordaten zu übersenden (2.12.2009), und gab den Auftrag unerledigt zurück. Auch die Klägerin forderte die Beklagte ohne Erfolg auf, die Unterlagen dem MDK zu überlassen. Das SG hat die Beklagte zur Herausgabe der für eine medizinische Begutachtung erforderlichen Unterlagen (vollständige Krankenakte und Pflegedokumentation) an den MDK Rheinland-Pfalz verurteilt (Gerichtsbescheid vom 30.6.2011). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen: Die Klägerin sei für die isolierte Herausgabeklage prozessführungsbefugt, ihr Begehren begründet. Es gebe keine ausschließliche Zuständigkeit des MDK des Leistungsortes (Urteil vom 31.5.2012).

3

Mit ihrer Revision rügt die Beklagte eine Verletzung der [§§ 278, 282, 283, 112 Abs 2 S 1 Nr 2 SGB V](#) sowie der Richtlinien über die Zusammenarbeit der KKn mit dem MDK (MDKRL) iVm [§ 210 Abs 2 SGB V](#). Die Vorinstanzen hätten die ausschließliche Zuständigkeit des MDK des Leistungsortes verkannt. Der Landesvertrag nach [§ 112 Abs 2 S 1 Nr 2 SGB V](#) könne die Prüfständigkeit nicht einem MDK eines anderen Bundeslandes übertragen.

4

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 31. Mai 2012 sowie den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dortmund vom 30. Juni 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

5

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der Beklagten ist unbegründet ([§ 170 Abs 1 S 1 SGG](#)). Die Vorinstanzen haben die Beklagte zu Recht zur Herausgabe der medizinischen Unterlagen bezüglich des stationären Aufenthalts des Versicherten in der Zeit vom 16.10. bis zum 10.11.2009 an den MDK Rheinland-Pfalz zwecks Prüfung der sachlichen Richtigkeit der erfolgten Abrechnung verurteilt. Die Klage ist zulässig (dazu 1.). Die Voraussetzungen des Herausgabeanpruchs sind erfüllt (dazu 2.). Die Einwendungen der Beklagten greifen nicht durch (dazu 3.).

8

1. Die Klägerin macht ihren Anspruch auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen des Versicherten über den stationären Aufenthalt vom 16.10. bis 10.11.2009 an den MDK zutreffend mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) gegen die Beklagte geltend (stRspr, zur Anwendung des [§ 54 Abs 5 SGG](#) im Gleichordnungsverhältnis zwischen KK und Krankenhaus vgl nur [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 8 mwN). Die Klägerin ist auch klagebefugt. Der Anspruch auf Herausgabe von Behandlungsunterlagen eines Krankenhauses an den MDK zur Prüfung der Richtigkeit der Abrechnung eines Behandlungsfalles steht nicht dem MDK, sondern der KK zu. Das LSG verweist richtig darauf, dass ein der Tatsachenermittlung dienender Herausgabeanpruch grundsätzlich nur demjenigen zustehen kann, der auch Gläubiger des möglichen Zahlungsanspruchs ist, deren Durchsetzung er sichern soll. Eine KK ist im Verhältnis zum Krankenhausträger allein Schuldnerin der Vergütungsansprüche ([§ 109 SGB V](#)) und Gläubigerin der Erstattungsansprüche bei Überzahlungen. Sie ist bei der Prüfung von Krankenhausrechnungen "Herrin" des Begutachtungsauftrages an den MDK gemäß [§§ 275 ff SGB V](#). Die KK bleibt dies auch, wenn sie einen Gutachtenauftrag über ein KKC erteilt, an dem sie sich beteiligt. Die Klägerin war in diesem Sinne als Vertragspartnerin beteiligt an der Bildung eines KKC in Form einer Arbeitsgemeinschaft nach [§ 219 SGB V](#) iVm [§ 94 Abs 1a S 1 SGB X](#) (idF durch Art 4 Nr 10 Buchst b und Art 9 Nr 2 Buchst a Verwaltungsvereinfachungsgesetz vom 21.3.2005, [BGBl I 818](#)), um eine effektive und effiziente Prüfung der Krankenhausabrechnungen und ein aktives Krankenhausfallmanagement sicherzustellen (vgl Präambel der Kooperationsvereinbarung der beteiligten zehn BKKn vom 20.6.2008). Die Klägerin übertrug dabei ihre Rechte als Auftraggeberin nicht vertraglich (vgl § 9 Kooperationsvereinbarung), die gesetzlichen Grenzen zulässiger Delegation in [§ 94 Abs 4 SGB X](#) sind insoweit ohne Belang.

9

2. Die allgemeinen Voraussetzungen des geltend gemachten Herausgabeanpruchs sind erfüllt. Die Klägerin war grundsätzlich zur Prüfung des Krankenhausaufenthalts berechtigt und die Beklagte zur Herausgabe der für die Prüfung nötigen Unterlagen (Krankenakte und Pflegedokumentation) verpflichtet (vgl entsprechend [BSGE 112, 141](#) = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 22 mwN). Rechtsgrundlage des Anspruchs ist [§ 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB V](#) (idF durch Art 3 Nr 7 Buchst b DBuchst aa Gesetz zur Änderung von Vorschriften des Sozialgesetzbuchs über den Schutz der Sozialdaten sowie zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Gesetz zur Änderung des Sozialgesetzbuchs) vom 13.6.1994, [BGBl I 1229](#), mWv 1.7.1994; vgl zur Eröffnung des Anwendungsbereichs a). Hat danach die KK nach [§ 275 Abs 1 bis 3 SGB V](#) eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung durch den MDK veranlasst, sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist (dazu b).

10

a) Der Anwendungsbereich dieses Herausgabeanpruchs ist eröffnet. Weder geht es um eine Überprüfung der Abrechnungsvoraussetzungen und der vorgenommenen Abrechnung auf der Grundlage der an die KK zu übermittelnden Abrechnungsdaten des Krankenhauses ([§ 301 SGB V](#) und/oder einen Kurzbericht gemäß dem maßgeblichen Landesvertrag nach [§ 112 Abs 2 S 1 Nr 2 SGB V](#) - KÜV NRW) noch ist eine Stichprobenprüfung nach § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz (idF vor Inkrafttreten des Art 5c Nr 2 Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, [BGBl I 2423](#)) betroffen. Vielmehr will die Klägerin erreichen, dass die Beklagte verurteilt wird, dem MDK Rheinland-Pfalz alle Behandlungsunterlagen vorzulegen, die er zur Beantwortung der Prüfanfrage der Klägerin benötigt (hierzu [BSGE 112, 141](#) = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 16 mwN).

11

b) Die Voraussetzungen des [§ 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB V](#) sind erfüllt. Die Klägerin beauftragte den MDK Rheinland-Pfalz über das zwischengeschaltete KKC, nach [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) eine gutachtliche Stellungnahme zur Überschreitung der oberen Grenzverweildauer im Behandlungsfall F. abzugeben. Nach [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) (idF durch Art 1 Nr 6b Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) sind die KKn in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Es bestehen Auffälligkeiten, die die KK zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung unter Anforderung einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK berechtigen und verpflichten, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder

weitere zulässig von der KK verwertbare Informationen (vgl zu Letzterem BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 33 und 35-36) Fragen nach der insbesondere sachlich-rechnerischen - Richtigkeit der Abrechnung und/oder nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen, die die KK aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den MDK nicht beantworten kann (vgl [BSGE 112, 141](#) = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 18; zustimmend BSG Urteil vom 16.5.2013 - [B 3 KR 32/12 R](#) - RdNr 15). Die Auffälligkeit begründet einen "Anfangsverdacht" (vgl Bericht des Ausschusses für Gesundheit zum Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des FPG, [BT-Drucks 14/7862 S 6](#) zu 2.7.), der die KK zu einer umfassenden Prüfung berechtigt (vgl BSG Urteil vom 17.12.2013 - [B 1 KR 14/13 R](#) - RdNr 9, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Es bedarf weder eines "konkreten" Verdachts noch muss ein solcher im Zweifel von der KK bewiesen werden (so etwa noch 3. Senat des BSG im Urteil vom 28.2.2007 - [B 3 KR 12/06 R](#) - [BSGE 98, 142](#) = [SozR 4-2500 § 276 Nr 1](#), RdNr 22 mwN, überholt durch Beschluss des Großen Senats vom 25.9.2007 - [GS 1/06](#) - [BSGE 99, 111](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 10](#); vgl dazu 1. Senat des BSG Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 3/08 KR R](#) - [BSGE 102, 181](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 15](#), RdNr 30 ff mwN).

12

Mit dieser Rechtsprechung knüpft der erkennende 1. Senat des BSG nicht etwa pauschal an frühere BSG-Rechtsprechung an, die vor dem grundlegenden Beschluss des Großen Senats vom 25.9.2007 (vgl [BSGE 99, 111](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 10](#)) ergangen war. Der Große Senat hat früheren Versuchen, die im Ergebnis dazu führten, dass im Vergütungsstreit die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit zugunsten des Krankenhauses vermutet wird (vgl [BSGE 99, 111](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 10](#), RdNr 29), eine klare Absage erteilt. Der erkennende 1. Senat des BSG hat hieraus abgeleitet: Berufet sich die KK ohne Rechtsmissbrauch gegenüber einem Anspruch auf Krankenhausvergütung auf die fehlende Erforderlichkeit der Behandlung, ist hierzu von Amts wegen zu ermitteln; die in der Krankenhausabrechnung enthaltene Bejahung der Notwendigkeit ist nicht ausschlaggebend (vgl [BSGE 102, 181](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 15](#), LS 3 und RdNr 20 bis 22 mwN). Abgesehen von hier nicht eingreifenden gesetzlich geregelten Ausnahmen und atypischen, eng zu verstehenden, außergewöhnlichen Missbrauchskonstellationen - dürfen nachträgliche Einwendungen und Überprüfungsbefugnisse der KK wie des Gerichts weder faktisch noch rechtlich ausgeschlossen oder über die gesetzlichen Wertungen hinaus erschwert werden (vgl [BSGE 102, 181](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 15](#), RdNr 30 ff mwN). An dieser Rechtsprechung hält der erkennende 1. Senat des BSG fest (unzutreffend insoweit BSG Urteil vom 16.5.2013 - [B 3 KR 32/12 R](#) - RdNr 15, zur Veröffentlichung vorgesehen in BSGE und SozR; BSG Urteil vom 18.7.2013 - [B 3 KR 22/12 R](#) - RdNr 17, zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR).

13

Gemessen hieran begründete die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer eine Auffälligkeit. Bei der konkret abgerechneten E65C war ein Aufenthalt jenseits der oberen Grenzverweildauer von 16 Tagen (vgl Fallpauschalenkatalog 2009) angesichts der erhobenen Hauptdiagnose und der Nebendiagnosen nicht bereits aus sich heraus für die Klägerin plausibel. Insoweit kam in Betracht, dass ggf eine ambulante Behandlung ausreichte. Der allgemeine Hinweis der Beklagten auf einen Verstoß gegen die durch [§ 275 SGB V](#) vorgegebene Einzelfallprüfung durch massenhafte Beauftragung eines MDK eines anderen Bundeslandes geht ins Leere. Massenhaft auftretende Unwirtschaftlichkeit bei der Krankenhausbehandlung kann in einer Vielzahl von Fällen Auffälligkeiten begründen, die alle jeweils Auffälligkeitsprüfungen rechtfertigen. Statistische Angaben über die Häufigkeit von Auffälligkeiten besagen insoweit nichts über die Zulässigkeit der Prüfungen nach [§ 275 Abs 1 S 1 Nr 1 Fall 2 SGB V](#).

14

Die Klägerin leitete die Prüfung auch innerhalb der durch [§ 275 Abs 1c S 2 SGB V](#) (idF durch Art 1 Nr 185 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG vom 26.3.2007, BGBl I 378) vorgegebenen Sechs-Wochen-Frist nach Eingang der Abrechnung bei sich (25.11.2009) ein. Der MDK zeigte sie der Beklagten fristgerecht an (2.12.2009).

15

3. Die Beklagte durfte die Herausgabe der medizinischen Unterlagen nicht deshalb verweigern, weil die Krankenhausbehandlung in NRW erfolgte, die Klägerin aber länderübergreifend den MDK Rheinland-Pfalz mit einer gutachtlichen Stellungnahme beauftragte. Das SGB V regelt die örtliche Zuständigkeit des MDK nicht nach dem Leistungsort, sondern schweigt hierzu beredt: Es überlässt es den KKn und ihren Verbänden, über die Auftragserteilung nach Gesichtspunkten der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit im Rahmen der hierzu zu erlassenden Richtlinien (RL) zu entscheiden. Die Spitzenverbände der KKn, an deren Stelle heute der Spitzenverband Bund zuständig ist, haben nach diesen Grundsätzen die Zusammenarbeit zwischen den KKn und den MDKn in RL geregelt (dazu a). Entgegen der Auffassung der Beklagten kommt dem Landesvertrag NRW zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung dementsprechend nicht die Aufgabe zu, die Prüfzuständigkeit von einem MDK auf den eines anderen Bundeslandes zu übertragen. Ein Verstoß gegen die in den MDKRL bestimmte örtliche Zuständigkeit des MDK begründet keine Rechte der Leistungserbringer (dazu b).

16

a) Das SGB V begnügt sich insgesamt damit, Vorgaben für die grundsätzlich landesbezogene Organisationsstruktur des MDK und für seine Finanzierung zu machen. Weder Wortlaut noch Systematik, Entstehungsgeschichte und Zielsetzung der gesetzlichen Regelungen bieten Anhaltspunkte für die Annahme, dass die dem MDK zugewiesenen Aufgaben ausschließlich nach räumlichen Wirkungskreisen wahrzunehmen sind. Die Selbstverwaltung ist zur Konkretisierung des gesetzlichen Rahmens in RL berufen.

17

Organisationsrechtlich bestimmt [§ 278 SGB V](#) (idF durch Art 1 Nr 187 GKV-WSG mWv 1.7.2008): "(1) In jedem Land wird eine von den KKn der in Abs 2 genannten Kassenarten gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft Medizinischer Dienst der Krankenversicherung errichtet. Die Arbeitsgemeinschaft ist nach Maßgabe des Art 73 Abs 4 S 3 und 4 des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG vom 20.12.1988, [BGBl I 2477](#)) eine rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts. (2) Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind die Landesverbände der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die landwirtschaftlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen. (3) Bestehen in einem Land mehrere Landesverbände einer Kassenart, kann durch Beschluss der Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft in einem Land ein weiterer Medizinischer

Dienst errichtet werden. Für mehrere Länder kann durch Beschluss der Mitglieder der betroffenen Arbeitsgemeinschaften ein gemeinsamer Medizinischer Dienst errichtet werden. Die Beschlüsse bedürfen der Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der betroffenen Länder." Die Änderung des [§ 278 Abs 2 SGB V](#) (durch Art 8 Nr 14 Gesetz zur Neuordnung der Organisation der landwirtschaftlichen Sozialversicherung (LSV-Neuordnungsgesetz) vom 12.4.2012, [BGBl I 579](#)) zum 1.1.2013, wonach nur noch "die landwirtschaftliche Krankenkasse" anstelle des zuvor verwendeten Plurals angesprochen ist, hat an dem Gesamtregelungskonzept nichts geändert.

18

Hinsichtlich der Finanzierung regelt [§ 281 SGB V](#) (idF durch Art 1 Nr 189 GKV-WSG): "(1) Die zur Finanzierung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes nach § 275 Abs 1 bis 3a erforderlichen Mittel werden von den Krankenkassen nach § 278 Abs 1 Satz 1 durch eine Umlage aufgebracht. Die Mittel sind im Verhältnis der Zahl der Mitglieder der einzelnen Krankenkassen mit Wohnort im Einzugsbereich des Medizinischen Dienstes aufzuteilen. Die Zahl der nach Satz 2 maßgeblichen Mitglieder der Krankenkasse ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung jeweils zum 1. Juli eines Jahres zu bestimmen. Werden dem Medizinischen Dienst Aufgaben übertragen, die für die Prüfung von Ansprüchen gegenüber Leistungsträgern bestimmt sind, die nicht Mitglied der Arbeitsgemeinschaft nach § 278 sind, sind ihm die hierdurch entstehenden Kosten von den anderen Leistungsträgern zu erstatten. Die Pflegekassen tragen abweichend von Satz 3 die Hälfte der Umlage nach Satz 1. (1a) Die Leistungen der Medizinischen Dienste oder anderer Gutachterdienste im Rahmen der ihnen nach § 275 Abs. 4 übertragenen Aufgaben sind von dem jeweiligen Auftraggeber durch aufwandsorientierte Nutzerentgelte zu vergüten. Eine Verwendung von Umlagemitteln nach Absatz 1 Satz 1 zur Finanzierung dieser Aufgaben ist auszuschließen."

19

Die in [§ 278 Abs 1 S 1 SGB V](#) vorgesehene Umlagefinanzierung ua für die hier betroffene Aufgabe nach [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#), mit der das streitgegenständliche Auskunftsrecht nach [§ 276 Abs 2 SGB V](#) - wie dargelegt - korrespondiert, bedingt keine spezifische örtliche Zuständigkeit des MDK. Die Regelung des [§ 281 Abs 1 S 4 SGB V](#) verdeutlicht zusätzlich, dass das Gesetz selbst davon ausgeht, dass dem MDK Aufgaben übertragen werden können, die für die Prüfung von Ansprüchen gegenüber Leistungsträgern bestimmt sind, die nicht Mitglied der Arbeitsgemeinschaft nach [§ 278 SGB V](#) sind. Örtliche Zuständigkeitsgrenzen folgen daraus nicht.

20

Auch die Aufgabenzuweisung an den MDK in [§ 275 SGB V](#) enthält keinen Hinweis auf eine örtliche Zuständigkeit des MDK. Vielmehr sind danach die KKn nach näherer Maßgabe der Regelung verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Hieraus folgen keine weiteren Vorgaben für eine örtliche Zuständigkeit. Weitergehend ordnet das SGB V ausdrücklich an, dass der MDK vorrangig Gutachter zu beauftragen hat ([§ 279 Abs 5 Halbs 2 SGB V](#)). Die Regelung normiert für die Auswahl der Gutachter keine räumlichen Beschränkungen. Sie berücksichtigt, dass die vom vertrauensärztlichen Dienst der Rentenversicherungsträger übernommenen Beamten und Beamtenanwärter dem MDK nur noch für eine vorübergehende Zeit zur Verfügung stehen (vgl Art 73 Abs 4 S 3 und 4 GRG; H. Peters in ders, Handbuch der Krankenversicherung, Stand 1.1.2013, Teil II, Bd 4 § 279 RdNr 13). Sie trägt dem Bedarf an speziellem Sachverstand und Nähe zur Praxis Rechnung und will die Erfahrungen und Erkenntnisse externer Gutachter aus Qualitätsaspekten für den MDK nutzbar machen (vgl Entwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG), [BT-Drucks 11/2237](#), Zu § 287, Zu Absatz 5, S 233; Beyer in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 279 RdNr 17; K. Hauck in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Oktober 2013, K § 279 RdNr 14). Unabhängigkeit der Gutachter (als "Ärzte des MDK", vgl [§ 275 Abs 5 SGB V](#)) und Datenschutz bleiben hierbei gewahrt (vgl [§ 276 Abs 2b SGB V](#)). Das SGB V überlässt heute dem Spitzenverband Bund der KKn die Konkretisierung der Regelungen über die Zusammenarbeit zwischen KKn und MDKn. Er hat hierbei zu berücksichtigen, dass KKn, Leistungserbringer und Versicherte darauf zu achten haben, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden (vgl [§ 2 Abs 4 SGB V](#) bereits idF des GRG). Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung arbeiten die KKn und ihre Verbände sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartenübergreifend miteinander und mit allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammen ([§ 4 Abs 3 SGB V](#) idF des GRG; heute § 4 Abs 3 S 1; S 2 eingefügt durch Art 3 Nr 1 8. GWB-ÄndG vom 26.6.2013, [BGBl I 1738](#) mWv 30.6.2013). Der Spitzenverband Bund der KKn erlässt RL über die Zusammenarbeit der KKn mit den Medizinischen Diensten, zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung sowie über Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung (vgl [§ 282 Abs 2 S 3 SGB V](#) idF durch Art 1 Nr 190 GKV-WSG). Ursprünglich hatten die Spitzenverbände der KKn gemeinsam und einheitlich solche RL zu beschließen (vgl [§ 282 S 3 SGB V](#) idF des GRG). Sie haben hiervon Gebrauch gemacht, ohne dass seitdem neue RL erlassen worden sind (MDKRL, Beschluss vom 27.8.1990 des Gremiums nach [§ 213 SGB V](#) idF des GRG auf Empfehlung des Vorstandes des MDS; abrufbar unter www.mdk.de). Sie bestimmen unter 1.2. ua: "Soweit ausreichende Beratungs- oder Begutachtungskapazität im Bereich eines Landes nicht vorhanden ist, hat der betroffene Medizinische Dienst einen anderen Medizinischen Dienst oder externe Gutachter zu beauftragen."

21

b) Es bedarf keiner Feststellung dazu, dass die Klägerin bei Auftragserteilung die Vorgaben der MDKRL beachtete. Die RL binden nämlich lediglich KKn und ihre Verbände sowie die MDKn. Sie verschaffen Dritten keine Rechtspositionen. Leistungserbringende Dritte wie ein Krankenhausträger, dessen Abrechnung überprüft werden soll, können sich auf die Verletzung der MDKRL nicht berufen, weil sie nicht drittschützend sind. Die MDKRL sind nach ihrer gesetzlichen Konzeption untergesetzliche Normen der Selbstverwaltung. Sie sind insoweit den "Beitragsverfahrensgrundsätzen Selbstzahler" des Spitzenverbandes Bund der KKn ähnlich (vgl hierzu BSG SozR 4-2500 § 240 Nr 17, RdNr 18 mwN, zur Veröffentlichung auch in [BSGE 113, 1](#) vorgesehen), wenn sich auch ihre Drittwirkung - begrenzter - lediglich auf KKn und ihre Verbände sowie MDKn erstreckt (vgl Baier in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, SGB V, Stand Juli 2013, § 282 RdNr 9; Becker in Hauck/Noftz, SGB V, Stand Oktober 2013, K § 282 RdNr 24 mwN; Hess in KassKomm, Stand 1.9.2013, SGB V [§ 282](#) RdNr 4; für die Qualifikation als bloße Verwaltungsvorschrift dagegen Beyer in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 282 RdNr 15 mwN). Die RL können ihren Zweck, die Zusammenarbeit der KKn mit den MDKn zu regeln, nur dann voll erfüllen, wenn sie KKn und MDKn auch binden. [§ 282 SGB V](#) unterscheidet RL insoweit ausdrücklich von den dort ebenfalls geregelten "Empfehlungen", die keine vergleichbare Bindungswirkung haben. Die MDKRL fügen sich insoweit zwanglos in das System untergesetzlicher Normen des SGB V ein (vgl zum System zB Axer, Normsetzung der

Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S 52 ff; kritisch zB Hänlein, Rechtsquellen im Sozialversicherungsrecht, 2001, S 382 ff). Das SGB V sichert die Bindungswirkung der MDKRL zusätzlich ab. So muss die Satzung der Landesverbände der KKn Bestimmungen darüber enthalten, dass die RL nach [§ 282 SGB V](#) für die Landesverbände und ihre Mitgliedskassen verbindlich sind (vgl [§ 210 Abs 2 SGB V](#)). Der Verwaltungsrat des MDK hat ua RL für die Erfüllung der Aufgaben des MDK unter Berücksichtigung der RL und Empfehlungen des Spitzenverbandes Bund der KKn nach [§ 282 Abs 2 SGB V](#) aufzustellen (vgl [§ 284 Abs 1 S 1 Nr 4 SGB V](#)).

22

Eine weitergehende Drittwirkung der MDKRL sieht das SGB V demgegenüber nicht vor. Ein Drittschutz der MDKRL zugunsten betroffener Leistungserbringer widerspräche auch dem Interesse an der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Organisation der Beratungsaufgaben des MDK. Es sind keinerlei Sachgründe erkennbar, die dafür sprächen, etwa vom MDK überprüften Leistungserbringern Rechte zuzugestehen. Ihnen bleibt sachgerecht die Möglichkeit, sich vorprozessual und ggf vor Gericht auf die inhaltliche Unrichtigkeit von sie betreffenden MDK-Gutachten zu berufen. Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht bleiben unabhängig von der örtlichen Auswahl des MDK gewahrt.

23

Die Verneinung einer drittschützenden Wirkung der MDKRL gegenüber Leistungserbringern steht in Einklang mit allgemeinen Rechtsgrundsätzen des Verfahrensrechts. So begründen Mängel der örtlichen Zuständigkeit bei Anspruchsleistungen nicht die Nichtigkeit und regelmäßig nicht die Aufhebbarkeit des zugrunde liegenden Verwaltungsakts. Ein Verwaltungsakt ist nämlich nicht schon deshalb nichtig, weil die Vorschriften über die örtliche Zuständigkeit nicht eingehalten worden sind ([§ 40 Abs 3 Nr 1 SGB X](#)). Die Aufhebung eines Verwaltungsaktes, der nicht nach [§ 40 SGB X](#) nichtig ist, kann nicht allein deshalb beansprucht werden, weil er unter Verletzung von Vorschriften über die örtliche Zuständigkeit zustande gekommen ist, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat ([§ 42 S 1 SGB X](#)), und keine andere Entscheidung in der Sache hätte getroffen werden können. Es ist bei Anspruchsleistungen in aller Regel offensichtlich, dass die örtliche Unzuständigkeit der entscheidenden Behörde die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat. Die Neufassung der Regelung des [§ 42 S 1 SGB X](#) (durch Art 10 Nr 6 4. Euro-Einführungsgesetz vom 21.12.2000, [BGBl I 1983](#)) hat hieran für den Bereich der gebundenen Verwaltung nichts geändert. Hier gelten die bisherigen Grundsätze fort (vgl BSG [SozR 3-4100 § 128 Nr 15](#) S 135; BSG [SozR 3-4100 § 62a Nr 1](#) S 2, 3 mwN; vgl zu einem Sonderfall BSG [SozR 4-7837 § 12 Nr 1 RdNr 23](#)). Die Fehlerunempfindlichkeit gegenüber Verfahrens- und Formfehlern trägt dem überwiegenden Interesse an einer richtigen Sachentscheidung gegenüber der dienenden Funktion des Verfahrensrechts Rechnung (vgl zB Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Verwaltungsverfahrensgesetzes, [BT-Drucks 7/910](#), Zu §§ 41, 42, S 65; Schütze in von Wulffen, SGB X, 7. Aufl 2010, § 42 RdNr 2).

24

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#), die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm [§ 63 Abs 2, § 52 Abs 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs 1 und 3 GKG](#) (vgl auch [BSGE 98, 142](#) = [SozR 4-2500 § 276 Nr 1](#), RdNr 31).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2014-05-15