

L 1 KR 101/17

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 182 KR 2352/14
Datum
10.01.2017
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 101/17
Datum
29.03.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 10. Januar 2017 wird zurückgewiesen. Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kosten für eine Krankenhausbehandlung.

Die Beklagte ist ein zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zugelassenes Krankenhaus. Am 16. Juni 2014 nahm sie den am 1989 geborenen Versicherten der Klägerin M S nach vorausgegangener vorstationärer Behandlung zur stationären Behandlung mit den Diagnosen Verstauchung und Zerrung des Kniegelenks, Riss des vorderen Kreuzbandes, akuter Meniskusriss zur stationären Behandlung auf. Der Versicherte wurde am selben Tag operiert, es erfolgte eine diagnostische Arthroskopie des linken Kniegelenks, eine Meniskusrefixation und eine Plastik des vorderen Kreuzbandes mit sonstiger autogener Sehne. Am 18. Juni 2014 wurde der Versicherte ohne weitere Komplikationen aus dem Krankenhaus entlassen.

Für die Behandlung des Versicherten stellte die Beklagte der Klägerin am 17. Juli 2014 einen Betrag von 3.560,03 EUR in Rechnung. Die Klägerin zahlte den geforderten Betrag, beauftragte aber am 24. Juli 2014 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung des Behandlungsfalls. Der MDK sollte sich dazu äußern, ob die Überschreitung der Mittleren Verweildauer bzw. ihr Erreichen medizinisch begründet gewesen sei. Der MDK sandte eine Prüfanzeige vom 28. Juli 2014 mit dieser Fragestellung an die Beklagte und forderte von ihr die Behandlungsunterlagen an.

Mit Schreiben vom 6. August 2014 widersprach die Beklagte gegenüber der Klägerin der Einleitung des Prüfverfahrens durch den MDK. Der angeführte Prüfgrund stelle keine konkrete Auffälligkeit dar. Eine solche sei nach der Rechtsprechung des BSG aber für die Einleitung eines Prüfverfahrens erforderlich. Es dränge sich der Verdacht auf, dass es sich um eine routinemäßige Abfrage unter den Parametern "Alter" sowie die Anzahl der Nebendiagnosen handele, die lediglich das Ziel einer Kostenreduzierung verfolge. Wenn nicht nachträglich innerhalb der Prüffrist noch eine Auffälligkeit benannt werde, werde weiter von einer unzulässigen Prüfung ausgegangen.

Die Klägerin entgegnete mit Schreiben vom 19. August 2014, dass nach der aktuellen Rechtsprechung des maßgebenden 1. Senats des BSG (Hinweis auf Ur. v. 17. Dezember 2013 - [B 1 KR 52/12 R](#)) für eine Prüfung nach [§ 275 Abs.1 Nr. 1 SGB V](#) weder ein konkreter Verdacht erforderlich sei noch die Krankenkasse ihre Zweifel beweisen müsse. Der MDK kam in seinem Gutachten vom 2. September 2014 zu dem Schluss, dass angesichts der Haltung der Beklagten der Zweifel der Klägerin hinsichtlich der Verweildauer nicht ausgeräumt werden könne. Die Beklagte blieb mit Schreiben vom 8. September 2014 bei ihrer Haltung.

Nach Klageandrohung mit Schreiben vom 20. Oktober 2014 erhob die Klägerin am 19. Dezember 2014 Klage beim Sozialgericht Berlin wegen Herausgabe von Patientenunterlagen mit den Anträgen, die Beklagte zur Herausgabe der Behandlungsunterlagen und im Wege der Stufenklage zur Zahlung eines sich aus der Prüfung durch den MDK ergebenden Rückzahlungsanspruchs zu verurteilen. Mit Schriftsatz ihres Bevollmächtigten vom 7. Juni 2015 hat die Klägerin erklären lassen, dass eine Auffälligkeit hier nach der Rechtsprechung des BSG bereits deswegen gegeben sei, weil die Krankenkasse aus den nach [§ 301 SGB V](#) übersandten Daten nicht ersehen könne, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot eingehalten sei. Mit weiterem Schriftsatz vom 8. November 2015 ließ die Klägerin vortragen, dass eine nicht notwendige Überschreitung der unteren Grenzverweildauer ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot darstelle und dass sich aus den vorliegenden Daten die Notwendigkeit der vollstationären Behandlung über die gesamte Dauer nicht nachvollziehen lasse. Mit Schriftsatz vom 24. Januar 2016 ließ sie den Vortrag dahingehend ergänzen, dass für den 17. und 18. Juni 2016 keinerlei Prozeduren angegeben seien.

Schwerwiegende Begleiterkrankungen seien ebenfalls nicht kodiert worden. Mit Schriftsatz vom 19. Juni 2016 lies die Klägerin dann darauf hinweisen, dass die durchgeführte Operation im Katalog der ambulanten Operationen in der Kategorie 2 geführt werde und grundsätzlich sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden könne. Der Versicherte habe keine Begleiterkrankungen aufgewiesen, welche die Notwendigkeit einer stationären Behandlung begründen könnten, und damit erst recht keine, welche das Überschreiten der unteren Grenzverweildauer rechtfertigen würden.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 10. Januar 2017 insgesamt abgewiesen. Die auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen gerichtete Klage sei unbegründet. Ein auf die Behandlungsunterlagen eines Krankenhauses gerichteter Herausgabeanspruch bestehe nicht, soweit die Krankenkasse keine zur Abrechnungsprüfung berechtigende Auffälligkeit benannt habe. Nach dem 1. Senat des BSG sei das Bestehen von Auffälligkeiten anzunehmen, wenn die Abrechnung oder die vom Krankenhaus mitgeteilten Behandlungsdaten konkrete Fragen nach der Richtigkeit der Abrechnung oder der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen würden, die die Krankenkassen ohne den MDK nicht beantworten könnten (Hinweis auf Urt. v. 13. November 2012 - [B 1 KR 24/11 R](#)). Der 3. Senat habe die Einzelfallprüfung auf Anlässe beschränkt, die durch Auffälligkeiten gekennzeichnet seien, diese habe die Krankenkasse im Zweifelsfall zu belegen (Urt. v. 22. November 2012 und 16. Mai 2013 - [B 3 KR 20/12 R](#) und [B 3 KR 32/12 R](#)). Liege keine Auffälligkeit vor, müsse der MDK den Prüfauftrag ablehnen. Das Krankenhaus dürfe die Herausgabe von Behandlungsunterlagen, welche über das zur Behandlung Erforderliche hinausgehen würden, unter Hinweis auf das Fehlen von Auffälligkeiten verweigern. Aus der jüngsten Rechtsprechung des BSG (Hinweis auf Urt. v. 25. Oktober 2016 - [B 1 KR 18/16 R](#)) würde sich nichts anderes ergeben. Eine Herausgabepflicht auch bei geringsten Anhaltspunkten nehme das Gericht nur in Fällen an, bei denen die Abrechnung nicht sachlich/rechnerisch richtig sei und/oder das Krankenhaus seine primären Informationsobliegenheiten nicht erfüllt habe. Das BSG habe die Tatsache, dass ein Versicherter innerhalb der vorgesehenen Grenzverweildauer im Krankenhaus behandelt wird, gerade nicht als Auffälligkeit angesehen (Hinweis auf Urt. v. 16. Mai 2013 - [B 3 KR 32/12 R](#)). Denn bei der Grenzverweildauer handele es sich um Regelbehandlungszeiträume. Der Versicherte sei vorliegend im Rahmen der mittleren Verweildauer behandelt worden. Der MDK sei von der Klägerin lediglich befragt worden, ob das Erreichen der mittleren Verweildauer medizinisch begründet gewesen sei. Zu Recht habe die Beklagte darauf hingewiesen, dass eine Behandlung innerhalb der mittleren Verweildauer keine Auffälligkeit darstelle. Die von der Klägerseite noch nachgeschobenen Auffälligkeiten (Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots, fehlende Angabe von Prozeduren) seien unbeachtlich. Bei der Beurteilung einer gutachterlichen Stellungnahme oder Prüfung sei auf den Zeitpunkt ihrer Durchführung abzustellen.

Es habe auch über die zweite Stufe der erhobenen Stufenklage entschieden werden können. Denn der Anspruch auf der ersten Stufe sei aus Gründen verneint worden, welche dem Leistungsantrag der zweiten Stufe den Boden entziehen würden. Die Klägerin stütze ihren Anspruch ausschließlich auf die bislang verweigerte Einsichtnahme in die Patientenunterlagen. Aus einer unzulässigen Prüfung könne die Klägerin jedoch keine Ansprüche ableiten.

Gegen das ihr am 6. Februar 2017 zugestellte Urteil richtet sich die am 6. März 2017 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingegangene Berufung der Klägerin. Mit Schriftsatz ihres Bevollmächtigten vom 9. Mai 2017 hat die Klägerin die Klage erweitern und vortragen lassen, dass die Ausführungen des Sozialgerichts einer rechtlichen Prüfung in keinsten Weise standhalten würden. Der 3. Senat des BSG (Hinweis auf Urt. v. 21. März 2013 - [B 3 KR 28/12 R](#)) habe klargestellt, dass die Krankenhäuser bei grundsätzlich ambulant durchführbaren Operationen aus dem Katalog 2 nach [§ 115b SGB V](#) verpflichtet seien, den Grund für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung zusammen mit den Daten nach [§ 301 SGB V](#) zu übermitteln. Anderenfalls fehle es bereits an einer fälligen Rechnung. Da die Beklagte den Grund der Aufnahme weder mit den Daten nach [§ 301 SGB V](#) noch später mitgeteilt habe, sei ihre Rechnung zu keinem Zeitpunkt fällig gewesen und ohne rechtlichen Grund bezahlt worden. Damit liege aber auch auf jeden Fall eine zur Prüfung berechtigende Auffälligkeit vor. Der Prüfung könne auch nicht entgegen gehalten werden, dass mit der Überschreitung der unteren Grenzverweildauer nur die Prüfung einer sekundären Auffälligkeit in Auftrag gegeben worden sei. Denn wenn schon eine Prüfung der primären Fehlbelegung zulässig gewesen wäre, dann auch als qualitatives Minus die darin enthaltende Prüfung einer sekundären Fehlbelegung. Rechtsfehlerhaft sei die Auffassung des Sozialgerichts, die von ihrem - der Klägerin - Bevollmächtigten nachgeschobenen Gründe seien unbeachtlich. Wenn es sich objektiv um einen Eingriff aus dem Katalog ambulanter Operationen gehandelt habe, hätten die Gründe und Auffälligkeiten von Anfang an objektiv vorgelegen, ohne dass es darauf ankomme, wann sie erstmals vorgetragen worden seien. Zudem seien nach der bereits zitierten Entscheidung des BSG die Krankenhäuser berechtigt, eine Begründung für die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung auch nach 8 Monaten noch nachzureichen. Entsprechend müsse es auch den Krankenkassen erlaubt sein, weitere Zweifel und Auffälligkeiten nachträglich zu formulieren.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 10. Januar 2017 aufzuheben und

1. die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 3.560,03 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen, hilfsweise,
2. die Beklagte zu verurteilen, die zur Prüfung der Abrechnung nach den [§§ 275, 276 SGB V](#) notwendigen Behandlungsunterlagen zu der vollstationären Behandlung des bei ihr versicherten Herrn M S vom 16. Juni 2014 bis zum 18. Juni 2014 an den MDK Berlin-Brandenburg herauszugeben.
3. die Beklagte im Wege der Stufenklage zu verurteilen, einen sich ergebenden Rückzahlungsanspruch aus der Prüfung des MDK an die Klägerin zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das Sozialgericht habe zutreffend darauf hingewiesen, dass die von der Klägerin angeführten Einwände gegen die Abrechnung, mit denen nunmehr eine Auffälligkeitsprüfung begründet werden solle, unzulässig nachgeschoben worden seien. Unzulässig sei auch die Bezugnahme darauf, dass es sich um eine grundsätzlich ambulant durchführbare Operation gehandelt habe. Die Klägerin habe den MDK befragt, ob die Überschreitung bzw. Erreichung der mittleren Verweildauer medizinisch begründet gewesen sei. Zum Zeitpunkt der Beauftragung des MDK sei für die Klägerin die stationäre Behandlungsnotwendigkeit nicht fraglich gewesen. Es handele sich also um eine unzulässige Nachreichung

von Auffälligkeiten. Der Klägerin könne auch entgegen gehalten werden, dass sie (nur) eine Prüfung der Verweildauer durchführen habe wollen. Aufgrund dieser Angabe müsse das Krankenhaus entscheiden, ob eine Auffälligkeit vorliege und welche Unterlagen an den MDK herauszugeben seien, ohne gegen Datenschutzvorschriften zu verstoßen. Treffend habe das Sozialgericht dargelegt, dass die im Laufe des erstinstanzlichen Verfahrens vorgebrachten Aspekte nachgeschoben und deshalb für die Frage der Berechtigung zur Einleitung eines MDK-Verfahrens unbeachtlich seien.

Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakte, die Verwaltungsakte der Klägerin und die Patientenakte der Beklagten Bezug genommen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung hat keinen Erfolg. Die im Berufungsverfahren vorgenommene Klageerweiterung ist zulässig. Nach [§§ 153 Abs. 1, 99 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ist eine Klageänderung auch im Berufungsverfahren zulässig, wenn die übrigen Beteiligten einwilligen oder das Gericht die Änderung für sachdienlich hält. Der Senat hält es für sachdienlich, über die von der Klägerin nunmehr erhobene Forderung nach Rückzahlung des gesamten Behandlungsentgelts in dem anhängigen Berufungsverfahren zu entscheiden. Der dieser Forderung zugrunde liegende Lebenssachverhalt ist derselbe wie der, über den bereits das Sozialgericht entschieden hat. Die nunmehr erhobene Forderung ist auch teildentisch mit dem bislang im Wege der Stufenklage verfolgten Antrag zu 2).

Die auf Rückzahlung von 3.560,03 EUR gerichtete Klage ist aber nicht begründet. Der Klägerin steht kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu. Sie hat die von der Beklagten für die Behandlung ihres Versicherten gestellte Rechnung über 3.560,03 EUR nicht ohne Rechtsgrund bezahlt.

Rechtsgrundlage für die Vergütung der Behandlung des Versicherten der Klägerin in der Zeit vom 16. Juni 2014 bis zum 18. Juni 2014 sind [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#), [§ 17 b Abs. 1 Satz 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#), [§ 7 Abs. 1 Satz 1, § 9 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntG\)](#) und der Berliner Vertrag über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung ([§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#)) vom 1. November 1994 in der Fassung vom 22. Dezember 1997. Nach diesen Regelungen entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) objektiv erforderlich war.

Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder eine ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich ausschließlich nach medizinischen Erfordernissen (Urteil des BSG vom 25. September 2007 - [GS 1/06](#) - und Urteil des BSG vom 23. Juni 2015 - [B 1 KR 26/14 R](#) - zitiert jeweils nach juris). Die vollstationäre Behandlung als intensivste - und institutionell konstitutive - Form der Krankenhausbehandlung wird in [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) als Ultima Ratio normiert. Demgemäß muss die notwendige medizinische Behandlung in jeder Hinsicht und ausschließlich nur mit den besonderen Mitteln eines Krankenhauses durchgeführt werden können (Noftz in Hauck/Noftz SGB V, [§ 39 Rn 72 m. w. Nachw.](#)). Ob diese Voraussetzung vorliegend erfüllt war, muss dahingestellt bleiben. Die Klägerin kann in dem vorliegenden Verfahren nicht mehr geltend machen, dass die Grundvoraussetzungen für die Abrechnung der stationären Behandlung des Versicherten in der Zeit ab dem 16. Juni 2014 nicht vorgelegen hätten.

Allerdings wird nach der Rechtsprechung des BSG das Behandlungsentgelt erst fällig, wenn das Krankenhaus der Krankenkasse die in [§ 301 SGB V](#) vorgesehen wesentlichen Angaben über Aufnahme und Behandlung gemacht hat. Ausweislich ihrer Angaben, welche von der Klägerin nicht in Frage gestellt worden sind, hat die Beklagte der Klägerin aber zeitnah Angaben nach [§ 301 SGB V](#) über die Person des Versicherten, Aufnahme- und Entlassungstag, Diagnosen und vorgenommene Prozeduren zur Verfügung gestellt. Das entspricht der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung. Bei verbleibenden Zweifeln kann die Krankenkasse die bei ihr vorhandenen Unterlagen dem MDK zur Prüfung vorlegen (zweite Stufe), der nach [§ 276 SGB V](#) Auskünfte und Unterlagen bei den Krankenhäusern einfordern kann (dritte Stufe), wenn die vorhandenen Unterlagen für eine Entscheidung nicht ausreichen (Gerlach in Hauck/Noftz, SGB V, [§ 275 Rn 53](#)). Bei stationär durchgeführten Behandlungen, die auch im Wege einer ambulanten Behandlung vorgenommen werden könnten, setzt die Fälligkeit der Entgeltforderung nach der Rechtsprechung des BSG insbesondere auch voraus, dass die Krankenkasse von dem Krankenhaus ordnungsgemäß über den Grund für die stationäre Leistungserbringung informiert worden ist (BSG v. 21. März 2013 - [B 3 KR 28/12 R](#)). Ein solcher Fall ist hier gegeben, weil die Beklagte für den Versicherten Leistungen erbracht hat, die nach dem gem. [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) geschlossenen Vertrag über ambulantes Operieren und sonstige stationärsersetzende Eingriffe (AOP-Vertrag in der hier maßgebenden ab 1. Januar 2014 geltenden Fassung) auch ambulant durchführbar gewesen wären. Die abgerechneten Prozeduren OPS 5-813.4, 5-812.7 und 1-697.7 finden sich sämtlich in dem nach [§ 21 AOP-Vertrags](#) vereinbarten Katalog der Eingriffe in Abschnitt 1 des Katalogs wieder. Die OPS 5-813.4 und 5-821.7 sind mit der Ziffer 2 gekennzeichnet, die OPS 1-697.7 dagegen mit der Ziffer 1. Nach der Präambel zu dem gemäß [§ 21 AOP-Vertrag](#) vereinbarten Katalog werden Leistungen, welche in der Regel ambulant erbracht werden können, mit der Ziffer 1 gekennzeichnet, während Leistungen, bei denen sowohl eine stationäre als auch eine ambulante Durchführung möglich ist, mit der Ziffer 2 gekennzeichnet werden. Die Verpflichtung zur Mitteilung des Grundes für die stationäre Aufnahme bei Eingriffen, die dem AOP-Vertrag unterfallen, besteht nach der Rechtsprechung des BSG ohne Rücksicht darauf, ob es sich bei dem Eingriff um eine Leistung nach Kategorie 1 oder 2 handelt (BSG v. 21. März 2013 - [B 3 KR 28/12 R](#) - juris Rn 22).

Indessen hat das BSG nicht vorgegeben, in welcher Form und mit welchem Inhalt eine Mitteilung der besonderen für eine stationäre Aufnahme sprechenden Gründe erfolgen muss. Vielmehr hat es darauf hingewiesen, dass sich in vielen Fällen die notwendigen Angaben schon aus dem nach [§ 301 SGB V](#) übermittelten Datensatz ergeben würden (BSG v. 21. März 2013 - [B 3 KR 28/12 R](#) - juris Rn 17). Hier musste die Beklagte nicht annehmen, dass der Klägerin die nach [§ 301 SGB V](#) erfolgten Angaben nicht ausreichen würden, um das Vorliegen stationärer Behandlungsbedürftigkeit für gegeben zu erachten. Nach [§ 2 Abs. 2 AOP-Vertrag](#) hat der Arzt in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Für das Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit einer stationären Aufnahme spricht hier, dass der Versicherte schon vorstationär aufgenommen worden war,

ohne dass die Klägerin die Notwendigkeit in Frage gestellt hätte. Die nach [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten enthalten auch einen Hinweis auf die vorstationäre Behandlung. Außerdem ergibt sich aus ihnen, dass drei Prozeduren vorzunehmen und abzurechnen waren, was auf einen umfangreicheren Eingriff hindeutet, der gemäß der oben zitierten Leitlinie stationäre Behandlungsbedürftigkeit begründen könnte. Eine ausdrückliche Aussage dazu, aus welchem Grund statt eines ambulanten Eingriffs die stationäre Aufnahme gewählt wurde, enthält der Datensatz indessen nicht. Angesichts der Unbestimmtheit des Umfangs der erforderlichen Angaben kann die Beklagte zu weitergehenden Angaben zur Notwendigkeit einer stationären Aufnahme aber nur verpflichtet gewesen sein, wenn sie von der Klägerin eine entsprechende Aufforderung erhalten hatte. Dafür spricht insbesondere auch § 2 des Berliner Vertrags zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung gem. [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) vom 1. November 1994, wonach (auch) das Fehlen der primären Behandlungsnotwendigkeit von der Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus geltend gemacht werden muss.

Die Klägerin hat den Einwand der fehlenden primären Behandlungsnotwendigkeit erstmals mit ihrem in der Berufungsinstanz eingereichten Schriftsatz vom 9. Mai 2017 erhoben. Soweit sie die Frage nach der Möglichkeit einer ambulanten Operation schon in dem Schriftsatz vom 19. Juni 2016 aufgeworfen hat, hat sie rechtliche Konsequenzen daraus nur in Bezug auf die Überschreitung der unteren Grenzwelldauer hergeleitet. Im Mai 2017 war die Klägerin mit dem Einwand der fehlenden primären Behandlungsnotwendigkeit bereits ausgeschlossen. Zwar findet [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) auf diesen Einwand keine Anwendung, wonach bei Krankenhausbehandlung eine Prüfung durch den MDK zeitnah durchzuführen ist und spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung von der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Denn die sechs Wochen Frist wird nur in Gang gesetzt, wenn die Angaben des Krankenhauses über Anlass und Verlauf der Behandlung der Krankenkasse bereits vollständig vorliegen und die Rechnung entsprechend fällig geworden ist (BSG v. 21. März 2013 - [B 3 KR 28/12 R](#) - juris Rn 11, 13), was hier aber gerade in Frage steht.

Auch aus [§ 242 BGB](#) können sich aber zeitliche Beschränkungen für die nachträgliche Geltendmachung von Einwendungen wegen fehlender Behandlungsbedürftigkeit ergeben (BSG v. 20. November 2008 - [B 3 KN 4/08 KR R](#) - juris Rn 15). Einwendungen gegen die Berechtigung der Abrechnung eines Krankenhauses dürfen die Krankenkassen grundsätzlich nur innerhalb angemessener Frist geltend machen müssen (BSG v. 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) - juris Rn 28). Zwar fehlt es an konkreten Vorgaben für die Angemessenheit der sich aus Treu und Glauben ergebenden Frist für die Erhebung von Einwendungen. Es verbietet sich auch, dazu auf die Verfahrensregeln und Fristen des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) zurückzugreifen, weil diese Vorschrift nach der Vorstellung des Gesetzgebers nicht eine bereits bestehende Rechtslage nur kodifiziert, sondern neues Recht schafft und die Krankenkassen verpflichtet, in Zukunft ihre Einwendungen zeitnäher geltend zu machen ([BT-Drucks 16/3100 S. 171](#), anders aber BSG v. 13. November 2012 - [B 1 KR 24/11 R](#) - juris Rn 30).

Treu und Glauben gebieten indessen, dass die Krankenkassen auch schon vor Eintritt der Verjährungsfrist mit Einwendungen ausgeschlossen bleiben, wenn die Krankenhäuser berechtigt darauf vertrauen durften, dass die Berechtigung ihrer Abrechnungen nicht mehr in Frage gestellt werden würde. Dafür reicht aus, wenn binnen angemessener Frist nach dem Erhalt der Rechnung, die grundsätzlich die Fälligkeit auslöst, das Vertrauen auf das Behaltendürfen des Behandlungsentgelts schützenswert ist. Hier hatte die Klägerin die Beklagte erst im Jahre 2017 in der Berufungsinstanz darauf hingewiesen, dass sie nunmehr auch die primäre Behandlungsnotwendigkeit insgesamt in Frage stelle. Drei Jahre nach Abschluss der Behandlung des Versicherten im Juni 2014 musste die Beklagte damit nicht mehr rechnen, zumal sich die Einwendungen der Klägerin zunächst nur auf die sekundäre Behandlungsnotwendigkeit bezogen hatten und auch die vorstationäre Aufnahme des Versicherten offenbar unbeanstandet geblieben war. Weil die Angriffe gegen die Behandlungsdauer ein minus gegenüber der Verneinung schon der primären Behandlungsnotwendigkeit sind, waren die von der Klägerin bislang erhobenen Einwendungen nicht geeignet, das Vertrauen der Beklagten darauf zu zerstören, dass die stationäre Behandlungsnotwendigkeit als solche und dem Grunde nach nicht in Frage gestellt werden würde. Hinsichtlich des Zeitmoments verweist der Senat nochmals auf das Urteil des BSG vom 21. März 2013 - [B 3 KR 28/12 R](#). Dort ist eine Stellungnahme des Krankenhauses zur stationären Behandlungsnotwendigkeit innerhalb von acht Monaten nach der Anfrage der Krankenkasse als vergleichsweise spät, aber die sich aus Treu und Glauben ergebenden äußeren zeitlichen Grenzen noch nicht verletzend eingeordnet worden. Überträgt man diese Frist auf die hier vorliegende Konstellation, war eine deutlich über zwei Jahre unterbliebene Aufforderung zum weiteren Vortrag ausreichend, um bei der Klägerin den Eindruck zu erwecken, dass die stationäre Behandlungsnotwendigkeit dem Grunde nach nicht mehr in Frage gestellt werden würde. Die Klägerin ist demnach mit ihrer erst im Mai 2017 erhobenen Forderung nach einer näheren Begründung für die stationäre Aufnahme des Versicherten ausgeschlossen. Die Fälligkeit der Behandlungsentgelts entfällt nicht rückwirkend durch das verspätet im Nachhinein geltend gemachte Aufklärungsbegehren. Die Klägerin hat deswegen keinen Rückzahlungsanspruch gegen die Beklagte in Höhe von 3.560,03 EUR.

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen an den MDK. Rechtsgrundlage eines solchen Anspruchs ist [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) iVm [§ 276 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#), er kann sich im Zusammenhang mit einem von der Krankenkasse eingeleitetem Prüfungsverfahren ergeben. Zutreffend hat das Sozialgericht darauf hingewiesen, dass der Anspruch der Krankenkassen gegen die Krankenhäuser auf Herausgabe von Behandlungsunterlagen nach der Rechtsprechung des BSG das Vorliegen einer Behandlungsauffälligkeit voraussetzt. Das ist dann der Fall, wenn die Abrechnung oder die vom Krankenhaus mitgeteilten weiteren Informationsfragen nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes aufwerfen, die das Krankenhaus nicht ohne Hilfe des MDK beantworten kann (BSG v. 25. Oktober 2016 - [B 1 KR 18/16 R](#) - juris Rn 33). Ohne das Vorliegen einer solchen Auffälligkeit darf das Krankenhaus die Herausgabe der Behandlungsunterlagen verweigern (BSG v. 13. Dezember 2012 - [B 1 KR 24/11 R](#) - juris Rn 18). Die Klägerin hat jedoch in ihrem dem MDK erteilten Prüfauftrag keine Behandlungsauffälligkeit benannt. Sie hat lediglich geltend gemacht, dass die Beklagte mit ihrer Behandlungsdauer die mittlere Grenzwelldauer für die angesteuerte DRG I30Z erreicht habe. Das indessen ist keine Auffälligkeit, sondern der Normalfall (BSG v. 16. Mai 2013 - [B 3 KR 32/12 R](#) - juris Rn 17). Auch nach der Rechtsprechung des 1. Senats des BSG begründet (erst) die Überschreitung der oberen Grenzwelldauer eine Auffälligkeit (BSG v. 17. Dezember 2013 - [B 1 KR 52/12 R](#) - juris Rn 17). Die Klägerin hat danach in dem dem MDK erteilten Prüfauftrag keine Auffälligkeit benannt, welche die Beklagte verpflichten würde, die Behandlungsunterlagen an den MDK herauszugeben.

Der Senat kann dahingestellt sein lassen, ob die im Verlaufe des Gerichtsverfahrens von der Klägerseite noch benannten Gründe als Auffälligkeiten anzusehen wären, welche zur Einleitung eines Prüfverfahrens gem. [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) berechtigen würde. Das betrifft die Hinweise, dass für den 17. und 18. Juni 2014 keine Prozeduren angegeben seien und die Behandlung dem Grunde nach ambulant hätte erfolgen können. Diese Einwendungen sind sämtlich außerhalb der Frist von sechs Wochen erhoben worden. In der Rechtsprechung des BSG ist bereits geklärt, dass die Krankenkassen nach Ablauf der sechs Wochen weitere Auskünfte und die Herausgabe von Behandlungsunterlagen verweigern dürfen (BSG v. 13. November 2012 - [B 1 KR 24/11 R](#) - juris Rn 30). Demnach konnte ein Herausgabeanspruch betreffend die Behandlungsunterlagen nach Fristablauf nicht wieder neu entstehen.

Innerhalb der noch offenen Frist war aber kein hinreichender Anlass zur Prüfung benannt worden und war entsprechend eine Verpflichtung der Beklagten zur Herausgabe von Behandlungsunterlagen nicht entstanden.

Damit kann auch der unter 3. erhobene Anspruch keinen Erfolg haben. Der Senat nimmt insoweit zur Vermeidung von Wiederholungen auf die zutreffenden entsprechenden Ausführungen des Sozialgerichts Bezug und verweist auf diese.

Nach alledem waren die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts zurückzuweisen und die noch erhobene Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergeht nach [§ 197a SGG](#) iVm [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2019-05-14