S 59 KR 3754/19 ER

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG München (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
59
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 59 KR 3754/19 ER
Datum
16.01.2020
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze
1. Ein Anspruch der Krankenkasse, die den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit der Abrechnung beauftragt hat, gegenüber dem MDK auf Vorlage der gutachtlichen Stellungnahme innerhalb einer Frist von zehn Monaten und zwei Wochen nach Übermittlung der Prüfanzeige an das Krankenhaus besteht mit großer Wahrscheinlichkeit nicht.

2. Ein solcher Anspruch lässt sich weder der Vorschrift des § 275 Abs. 1c SGB V in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung noch der ab dem 01.01.2020 geltenden Nachfolgevorschrift für Prüfaufträge betreffend die Abrechnung stationärer Leistungen des § 275c SGB V entnehmen.

3. Auch der Prüfverfahrensvereinbarung vom 03.02.2016 lässt sich keine Regelung der Frage entnehmen, innerhalb welcher Frist der MDK seine gutachtliche Stellungnahme gegenüber der auftraggebenden Krankenkasse abzugeben hätte.
I. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird abgelehnt.
II. Die Antragstellerin trägt die Kosten des Verfahrens.
III. Der Streitwert wird auf 5.000 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Gegenstand des Antragsverfahrens die Frage, ob die antragstellende gesetzliche Krankenkasse (Ast.) gegen den Antragsgegner (Ag.), einen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, Anspruch auf rechtzeitige Erstellung von Gutachten über Krankenhausabrechnungen bis spätestens zwei Wochen vor Ablauf der in § 8 Sätze 3 und 4 Prüfverfahrensvereinbarung vom 03.02.2016 (PrüfvV) geregelten Ausschlussfrist von elf Monaten hat.

Am 05.03.2019 erteilte die Ast. dem Ag. einen Prüfauftrag hinsichtlich einer bei ihr am 22.02.2019 eingegangenen Abrechnung des Klinikums D-Stadt, am 08.03.2019 folgten weitere Prüfaufträge hinsichtlich einer am 22.02.2019 eingegangenen Abrechnung des Bezirkskrankenhauses E-Stadt, einer am 15.02.2019 eingegangenen Abrechnung der Klinik F. und einer am 25.02.2019 eingegangenen Abrechnung der Psychosomatischen Klinik G-Stadt, am 11.03.2019 erteilte die Ast. dem Ag. Prüfauftrag hinsichtlich einer am 16.02.2019 bei ihr eingegangenen Abrechnung der Klinik H-Stadt, und am 14.03.2019 folgte ein weiterer Prüfauftrag hinsichtlich einer am 01.03.2019 eingegangenen Abrechnung des Klinikums I-Stadt. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten der Abrechnungen, ihrer genauen Bezeichnungen sowie der Begründung der Prüfaufträge wird auf die Antragsschrift der Ast. vom 20.12.2019 und die dieser als Anlage 3 beigefügte eidesstattliche Versicherung des Kompetenzcenterleiters Leistungen der Ast. verwiesen. Alle sechs genannten Prüfaufträge bezogen sich auf Abrechnung von stationären Leistungen aus dem Bereich der Psychiatrie.

Mit Schreiben vom 19.08.2019 teilte der Ag. der Ast. mit, dass in den vergangenen Jahren die Zahl der Begutachtungsaufträge im Bereich der Einzelfallprüfung von Abrechnungen stationärer Leistungen im Krankenhausbereich kontinuierlich gestiegen sei und mittlerweile auch beim Ag. einen Stand erreicht habe, der die fristgerecht leistbaren Fallerledigungen übersteige. Möglicherweise hätten auch die mit dem Inkrafttreten des geplanten MDK-Reformgesetzes absehbaren Einschränkungen der Abrechnungsprüfungen im Jahr 2019 noch zu einer weiteren, massiven Erhöhung der Prüfaufträge geführt, sodass Verfristungen drohten. Deshalb habe man bereits in der Vergangenheit verschiedene Maßnahmen ergriffen, um die Begutachtungskapazitäten zu erhöhen, darüber hinaus habe man jährliche Orientierungswerte

herausgegeben, die den Kassenarten die Bearbeitungskapazitäten des MDK aufzeigen und eine Leistungssteuerung bewirken sollten. Da dies alles nichts gebracht habe, sondern die Prüfaufträge trotz wiederholter Hinweise und dringender Bitten um Abhilfe ungebremst stiegen, sodass aktuell ein erheblicher Auftragsstau vorliege, sehe man sich gezwungen, folgende Sofortmaßnahmen zu ergreifen: - Eingehende Aufträge, welche die mitgeteilten, an den Marktanteilen ausgerichteten Orientierungswerte der jeweiligen Kasse überstiegen, würden zurückgestellt. Dabei würden auch die Fälle berücksichtigt, die bereits im Auftragsbestand lägen. Wenn die Begutachtungsressourcen nicht ausreichten und Verfristungen nicht mehr zu verhindern seien, würden die Aufträge derjenigen Kassen als erste verfristen, die am meisten über den jeweiligen Orientierungswerten beauftragt hätten. So werde vermieden, dass überproportional einsteuernde Kassen andere verdrängten. - Zur Fallsteuerung biete der Ag. den einzelnen Krankenkassen an, monatlich und kassenspezifisch mit einer Aufstellung über die Anzahl der offenen Aufträge und Zurückstellungen sowie über die Über- bzw. Unterschreitung der Orientierungswerte zu informieren.

Mit E-Mail vom 12.11.2019 teilte der Ag. der Ast. mit, wie in den vergangenen Quartalen des Jahres 2019 würden auch in nächster Zukunft nicht alle psychiatrischen Aufträge fristgerecht bearbeitet werden können. Die Kassen erhielten jedoch die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, welche ihrer Aufträge begutachtet und welche storniert werden sollten. Aus dieser E-Mail ging hervor, dass der Ag. intern mit einer Bearbeitungsfrist von zehn Monaten arbeitet. Beigefügt wurde eine Liste der Aufträge zur Begutachtung nach Aktenlage, bei denen die Zehnmonatsfrist im ersten Quartal 2020 ablaufen, sowie eine Liste der Aufträge zur Begutachtung vor Ort, bei denen die Zehnmonatsfrist im ersten oder zweiten Quartal 2020 enden werde. Von diesen Aufträgen müssten 50 % storniert werden; nur dann könne garantiert werden, dass die nicht stornierten Aufträge innerhalb der MDK-internen Zehnmonatsfrist oder unter geringfügiger Überschreitung derselben fertiggestellt werden könnten.

Daraufhin teilte die Ast. mit E-Mail vom 22.11.2019 dem Ag. mit, dass eine Rücknahme von Fällen nicht erfolge. Zur Begründung wurde auf die gesetzlichen Pflichten der Krankenkassen verwiesen.

Darauf antwortete der Ag. mit E-Mail vom 25.11.2019, er werde 50 % der Aufträge zurückstellen, damit die restlichen Aufträge fristgerecht bearbeitet werden könnten. Dem widersprach die Ast. mit E-Mail vom 26.11.2019 und bat bis zum 02.12.2019 um Klarstellung, dass alle Prüfaufträge fristgerecht bearbeitet würden.

Mit Anwaltsschreiben vom 06.12.2019 forderte die Ast. den Ag. auf, bis zum 12.12.2019 zu erklären, dass 13 aufgezählte Prüfaufträge - zu denen auch die sechs eingangs aufgeführten und hier streitgegenständlichen gehörten - jeweils zu einem bestimmten Datum, das dem Ablauf einer Frist von zehn Monaten und zwei Wochen entspreche, erfüllt würden.

Am 20.12.2019 hat die Ast. beim Sozialgericht (SG) München den Erlass einer einstweiligen Anordnung beantragt, mit der sie die rechtzeitige Erstellung der MDK-Gutachten zu den sechs eingangs aufgezählten Prüfaufträgen begehrt.

Die Ast. ist der Auffassung, sie habe einen Anspruch, die MDK-Gutachten zu den von ihr erteilten Prüfaufträgen spätestens zwei Wochen vor Ablauf der in § 8 Satz 3 PrüfvV festgelegten Frist von elf Monaten zu erhalten. Sie benötige diese Gutachten, um die gemäß § 8 Sätze 1 und 2 PrüfvV vorgeschriebene abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch unter Darlegung der wesentlichen Gründe den betroffenen Krankenhäusern mitzuteilen. Die Ast. benötige nach Eingang des MDK-Gutachtens noch mindestens eine Bearbeitungsdauer von zwei Wochen, um die Mitteilung an das Krankenhaus gemäß § 8 Sätze 1 und 2 fertigzustellen, insbesondere weil es hierzu regelmäßig Rückfragen an die MDK-Gutachter bedürfe, die in der Regel schwer erreichbar seien. Wenn es ihr nicht gelinge, die Mitteilungen nach § 8 Sätze 1 und 2 PrüfvV an die betroffenen Krankenhäuser rechtzeitig zu machen, seien etwaige Erstattungsansprüche gegenüber den Krankenhäusern gemäß § 8 Satz 4 PrüfvV ausgeschlossen. Dadurch drohe der Ast. im Falle der sechs streitgegenständlichen Rechnungen ein Ausfall mit möglichen Erstattungsansprüchen in Höhe von insgesamt 18.094,61 EUR. Dieser drohende Schaden würde den Erlass einer einstweiligen Anordnung selbst dann rechtfertigen, wenn man in der Anordnung eine Vorwegnahme der Hauptsache sähe.

Zum Anordnungsanspruch argumentiert die Ast., der Anspruch gegen den Ag. ergebe sich zwingend aus der gesetzlichen Verpflichtung, ein Prüfverfahren einzuleiten. So bestimme § 275 Abs. 1 und Abs. 1c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ausdrücklich, dass die Krankenkassen unter bestimmten Voraussetzungen verpflichtet seien, eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung einzuholen. Die Beteiligung des MDK sei vorgeschrieben und könne nicht durch andere Gutachter ersetzt werden. Dieser Pflicht entspreche aber zugleich ein Recht der Krankenkassen. Deshalb habe die Ast. auch das Recht, die gutachterliche Stellungnahme des Ag. einzuholen. Aus dem Recht der Ast. folge ein Anspruch gegen den Ag. Darüber hinaus ergebe sich der Anspruch der Ast. gegen den Ag. auch aus der Pflicht zur konstruktiven Zusammenarbeit im Rahmen des Prüfverfahrens, die gemäß § 1 Satz 2 PrüfvV nicht nur die Krankenkassen und die Krankenhäuser, sondern auch den MDK treffe. Gemäß § 2 Abs. 2 PrüfvV seien die Inhalte dieser Vereinbarung nicht nur für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser, sondern auch für den MDK unmittelbar verbindlich. Die Medizinischen Dienste seien auch in das Verfahren zur Schaffung der Prüfverfahrensvereinbarung einbezogen gewesen; so seien Mitglieder verschiedener Medizinischer Dienste, auch des Ag., sowie des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, an verschiedenen Arbeitsgruppen beteiligt gewesen.

Die Ast. hat weiter detailliert ausgeführt, aus welchen Gründen in den streitgegenständlichen Fällen bei den Abrechnungen Auffälligkeiten vorgelegen hätten, die die Erteilung des Prüfauftrags jeweils gerechtfertigt hätten.

Die Ast. rügt, dass der Ag. nicht ausreichend dargelegt habe, inwieweit er sich um Schaffung neuer Stellen und die Einstellung ausreichenden Personals bemüht habe, um die Prüfaufträge fristgerecht zu bewältigen.

Schließlich beruft sich die Ast. auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 18.07.2013 (Az. B 3 KR 21/12 R), in dem entschieden worden sei, dass aus der in § 275 Abs. 1c SGB V festgelegten Verpflichtung, die Prüfung nach stationärer Behandlung zeitnah durchzuführen, folge, dass der MDK sein Gutachten innerhalb von sechs Monaten zu erstatten habe.

Die Ast. beantragt, den Ag. zu verpflichten, hinsichtlich des von der Ast. an den Ag.

a. am 05.03.2019 erteilten Prüfauftrags hinsichtlich der Abrechnung des Klinikums D-Stadt, Auftragsnummer 190096xxxxx, Az.

KLAZ104xxxx, Fallnummer xxxxxxxxx bis zum 17.01.2020;

b. am 08.03.2019 erteilten Prüfauftrags hinsichtlich der Abrechnung des Bezirkskrankenhauses E-Stadt, Auftragsnummer 190096xxxxx, Az. KLAZ104xxxx, Fallnummer xxxxxxxxx bis zum 22.01.2020;

c. am 08.03.2016 erteilten Prüfauftrags hinsichtlich der Abrechnung der Klinik F., Auftragsnummer 190096xxxxx, Az. KLAZ104xxxx, Fallnummer xxxxxxxxx bis zum 22.01.2020;

d. am 08.03.2019 erteilten Prüfauftrags hinsichtlich der Abrechnung der Psychosomatischen Klinik G-Stadt, Auftragsnummer 190096xxxxx, Az. KLAZ104xxxx, Fallnummer xxxxxxxx bis zum 22.01.2020;

e. am 11.03.2019 erteilten Prüfauftrags hinsichtlich der Abrechnung der Klinik H-Stadt, Auftragsnummer 190096xxxxx, Az. KLAZ104xxxx, Fallnummer xxxxxx bis zum 23.01.2020;

f. am 14.03.2019 erteilten Prüfauftrags hinsichtlich der Abrechnung des Klinikums I-Stadt, Auftragsnummer 190096xxxxx, Az. KLAZ104xxxx, Fallnummer xxxxxxxxx bis zum 28.01.2020

die durch die Ast. beauftragte gutachterliche Stellungnahme unter Berücksichtigung aller Anforderungen des § 275 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Abs. 1c SGB V, und damit entsprechend der beispielhaft im Anlagenkonvolut ASt 1 beigefügten Stellungnahmen, zu erstellen und der Ast. zu übermitteln und dabei die durch die Ast. bei Übermittlung des Prüfauftrags aufgeworfenen Fragen zu beantworten sowie mitzuteilen, ob und falls in welchem Umfang die Abrechnung des jeweiligen Krankenhauses nach Auffassung des Ag. nicht korrekt oder wirtschaftlich war, und ferner darzustellen, welche Abrechnungspositionen von der Ast. nicht zu erstatten waren, sodass die Ast. anhand der vollständigen gutachterlichen Stellungnahme ihre Rückforderungsansprüche berechnen und fristgemäß gegenüber den jeweiligen Krankenhäusern geltend machen kann.

Den Antrag zu Buchst. a hat die Ast. mit Schriftsatz vom 09.01.2020 für erledigt erklärt, nachdem der Ag. die entsprechende gutachtliche Stellungnahme am 07.01.2020 übermittelt hatte.

Der Ag. beantragt, den Antrag abzulehnen.

Der Ag. hält den Antrag schon deshalb für offensichtlich unzulässig, weil die begehrten Gutachten keinen Verwaltungsakt darstellten und die begehrte einstweilige Anordnung zu einer Vorwegnahme der Hauptsache führen würde.

Darüber hinaus bestünden im Innenverhältnis zwischen Krankenkassen und MDK im Rahmen des Prüfungsverfahrens keine Ansprüche im Sinne von subjektiven Rechten. Die Korrektur von Mängeln sei ausschließlich Aufgabe der Rechtsaufsicht. Dies entspreche auch den grundsätzlichen Entscheidungen des Bundesgerichtshofs (BGH) zum arbeitsteiligen Zusammenwirken zweier öffentlich-rechtlicher Körperschaften (vergleiche BGHZ 116, 312, 315; BGHZ 148, 139, 142), in denen der BGH Schadensersatzansprüche von Krankenkassen gegen Rentenversicherungsträger wegen Verletzung der Informationspflicht des Rentenversicherungsträgers mit der Begründung verneint habe, dass die betreffende Aufgabe beiden Trägern gemeinsam zugewiesen sei und sie bei deren Erfüllung "gleichsinnig zusammenwirkten". In einem solchen Fall könne nicht die eine Körperschaft die andere auf Mitwirkung verklagen. So könne zum Beispiel auch bei einem Baugenehmigungsverfahren die Genehmigungsbehörde, zum Beispiel die Landeshauptstadt München bei einer notwendigen Mitwirkung des Wasserwirtschaftsamtes oder der oberen Naturschutzbehörde für die Genehmigungserteilung, nicht den Freistaat Bayern auf Mitwirkung im Verfahren verklagen.

Der Ag. hat den Prüfbericht des Bundesrechnungshofs vom 06.05.2019 vorgelegt, in dem dieser zu dem Ergebnis gekommen sei, das derzeitige System der Prüfung der Krankenhausabrechnungen auf Veranlassung durch die Krankenkassen sei unwirtschaftlich und ineffizient und wirke sich zu Lasten der Patientenversorgung aus.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakte Bezug genommen.

II.

Das Sozialgericht München war zur Entscheidung in dem Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes als das Gericht der Hauptsache sachlich und örtlich zuständig (§ 86b Sozialgerichtsgesetz - SGG - in Verbindung mit §§ 8 und 57 SGG).

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung war abzulehnen. Der Antrag ist zwar zulässig, aber nicht begründet.

Der Zulässigkeit des Antrags steht im Gegensatz zur Auffassung des Ag. nicht entgegen, dass die begehrte Handlung keinen Verwaltungsakt darstellt. Selbstverständlich können Gegenstand einstweiliger Anordnungen nicht nur Verwaltungsakte, sondern auch Realakte sein. Der Ag. verwechselt hier den zulässigen Gegenstand von Anfechtungs- und Verpflichtungsklagen mit demjenigen von Anträgen auf Erlass einstweiliger Anordnungen, die sich auch auf den Gegenstand allgemeiner Leistungsklagen beziehen können.

Ebenso wenig steht der Zulässigkeit des Antrags entgegen, dass die begehrte einstweilige Anordnung eine Vorwegnahme der Hauptsache bewirken würde. Eine Vorwegnahme der Hauptsache im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ist nicht von vornherein ausgeschlossen; sie gibt lediglich Anlass, den Anordnungsgrund besonders sorgfältig zu prüfen.

Insbesondere besteht ein Rechtsschutzbedürfnis für den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung, weil die Ast. ihr Anliegen vorgerichtlich in ausreichender Form gegenüber dem Ag. deutlich gemacht hat. Das Anliegen und die Notlage der Ast. sind absolut verständlich.

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist aber unbegründet, weil der notwendige Anordnungsanspruch nicht glaubhaft ist.

Gemäß § 86b Abs. 2 Satz 2 SGG ist eine Regelungsanordnung zulässig, wenn sie zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint. Das ist etwa dann der Fall, wenn dem Antragsteller ohne eine solche Anordnung schwere und unzumutbare, nicht anders abwendbare Nachteile entstehen, zu deren Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre (so BVerfG vom 25.10.1988 BVerfGE 79, 69/74; vom 19.10.1997 BVerfGE 46, 166/179 und vom 22.11.2002 NJW 2003, 1236).

Die Regelungsanordnung setzt das Vorliegen eines Anordnungsgrundes - das ist in der Regel die Eilbedürftigkeit - und das Vorliegen eines Anordnungsanspruches - das ist der materiell-rechtliche Anspruch, auf den der Antragsteller sein Begehren stützt - voraus. Die Angaben hierzu hat der Antragsteller glaubhaft zu machen (§ 86b Abs. 2 Sätze 2 und 4 SGG i.V.m. § 920 Abs. 2, § 294 Zivilprozessordnung; Keller in Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer/ Schmidt, SGG, 12. Auflage 2017, § 86b Rdnr. 41). Glaubhaftmachung bedeutet überwiegende Wahrscheinlichkeit, d. h. dass mehr dafür als dagegen spricht (Keller in Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer/ Schmidt, a. a. O., Rdnr. 16b).

Zwischen Anordnungsgrund und Anordnungsanspruch besteht dabei eine Wechselbeziehung. An das Vorliegen des Anordnungsgrundes sind dann weniger strenge Anforderungen zu stellen, wenn bei der Prüfung der Sach- und Rechtslage das Obsiegen in der Hauptsache sehr wahrscheinlich ist. Ist bzw. wäre eine in der Hauptsache erhobene Klage offensichtlich unzulässig oder unbegründet, so ist wegen des fehlenden Anordnungsanspruches der Erlass einer einstweiligen Anordnung abzulehnen. Sind die Erfolgsaussichten in der Hauptsache offen, kommt dem Anordnungsgrund entscheidende Bedeutung zu. Soweit existenzsichernde Leistungen in Frage stehen, sind die Anforderungen an den Anordnungsgrund und den Anordnungsanspruch weniger streng zu beurteilen. In diesem Fall ist ggf. anhand einer Folgenabwägung unter Berücksichtigung der grundrechtlichen Belange des Antragstellers zu entscheiden (BVerfG vom 12.05.2005, a.a.O., und vom 22.11.2002, a.a.O.).

Da sich die Auswirkungen der Entscheidung im vorliegenden Verfahren für die Ast. nicht als existenzbedrohend darstellen - selbst eine Mehrbelastung durch Forderungen der Krankenhäuser in Höhe von 18.094,91 EUR wäre für eine Krankenkasse kein existenzgefährdender Betrag -, ist für die Glaubhaftigkeit des Anordnungsanspruchs überwiegende Wahrscheinlichkeit seines Bestehens zu fordern.

Ein solcher Anordnungsanspruch lässt sich jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen. Ein Anspruch der Krankenkasse, die den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit der Abrechnung beauftragt hat, gegenüber dem MDK auf Vorlage der gutachtlichen Stellungnahme innerhalb einer Frist von zehn Monaten und zwei Wochen nach Übermittlung der Prüfanzeige an das Krankenhaus besteht mit großer Wahrscheinlichkeit nicht.

Ein solcher Anspruch lässt sich weder der Vorschrift des § 275 Abs. 1c SGB V in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung noch der ab dem 01.01.2020 geltenden Nachfolgevorschrift für Prüfaufträge betreffend die Abrechnung stationärer Leistungen des § 275c SGB V entnehmen. Zwar enthalten diese Vorschriften unzweifelhaft eine objektivrechtliche Verpflichtung des MDK, die unter den gesetzlichen Voraussetzungen erteilten Prüfaufträge der Krankenkassen zu bearbeiten und die entsprechenden gutachtlichen Stellungnahmen abzugeben. Dem Gesetz lässt sich jedoch keine Frist entnehmen, innerhalb derer der MDK gegenüber der Krankenkasse die gutachtliche Stellungnahme abzugeben hätte.

Den einzigen Hinweis im Hinblick auf die vom Gesetz zugestandene Bearbeitungsdauer liefert § 275c Abs. 1c Satz 1 SGB V in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung, wonach die Prüfung bei Krankenhausbehandlung "zeitnah" durchzuführen ist. Insoweit trifft es zu, dass der dritte Senat des BSG mit Urteil vom 18.07.2013 (Az. B 3 KR 21/12 R) entschieden hat, dass eine Rechnungsprüfung in der Regel dann zeitnah durchgeführt wird, wenn die Stellungnahme des MDK spätestens sechs Monate nach Zugang der vollständigen Krankenhausabrechnung bei der Krankenkasse vorliegt (a.a.O. LS 1 und Rdnr. 22 bei juris). Allerdings kann sich die Ast. auf dieses Urteil des dritten Senats schon deshalb nicht berufen, weil die darin enthaltene Entscheidung hinsichtlich der Sechsmonatsfrist für die gutachtliche Stellungnahme des MDK ein Obiter dictum geblieben, d. h. kein tragender Grund geworden ist. Denn der dritte Senat hat in dem Urteil an die Versäumung der Sechsmonatsfrist durch den MDK keine für die Krankenkasse nachteiligen Konsequenzen hinsichtlich der Prüfung der Ansprüche des Krankenhauses geknüpft, weil er insoweit eine Vorlage an den Großen Senat des BSG im Hinblick auf ein abweichendes Urteil des Ersten Senats des BSG vom 13.11.2012 (Az. B 1 KR 24/11 R = BSGE 112, 141) vermeiden wollte, das er zwar für unzutreffend, aber für vertretbar hielt (a.a.O. Rdnr. 32). Davon abgesehen ist das Urteil des dritten Senats des BSG auch inhaltlich wenig überzeugend, soweit es für die Rechtzeitigkeit des gesamten Prüfungsvorgangs, der in § 275c Abs. 1c SGB V angesprochen ist, isoliert auf die Dauer der Vorlage der gutachtlichen Stellungnahme des MDK bei der Krankenkasse abstellt, während es nach dem Sinn und Zweck der Vorschrift eher darauf ankommen müsste, wann die Prüfung im Verhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus abgeschlossen ist (was auch der heutigen Regelung in § 8 Satz 3 PrüfvV entspricht, in der es für die Elfmonatsfrist auf die Mitteilung der abschließenden Entscheidung durch die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus ankommt).

Im Übrigen ist das Urteil des BSG vom 18.07.2013 (Az. B 3 KR 21/12 R) auch dadurch überholt, dass die in § 275c Abs. 1c Satz 1 SGB V bis zum 31.12.2019 enthaltene Sechsmonatsfrist in die aufgrund des MDK-Reformgesetzes zum 01.01.2020 geschaffene Neuregelung des § 275c SGBV nicht übernommen worden ist.

Auch der Prüfverfahrensvereinbarung vom 03.02.2016 lässt sich keine Regelung der Frage entnehmen, innerhalb welcher Frist der MDK seine gutachtliche Stellungnahme gegenüber der auftraggebenden Krankenkasse abzugeben hätte. Die Prüfverfahrensvereinbarung regelt zwar detailliert die verschiedensten Fristen im Prüfverfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern, jedoch gerade nicht die Frage, bis wann und insbesondere wie lange vor Ablauf der in § 8 Satz 3 PrüfvV geregelten Elfmonatsfrist der MDK seine gutachtliche Stellungnahme gegenüber der Krankenkasse abzugeben hat. Diese Frage zu regeln, wäre insbesondere deshalb naheliegend gewesen, weil die Vorstellungen der Krankenkassen, welcher zeitliche Spielraum ihnen zur abschließenden Bearbeitung der Mitteilung nach § 8 Sätze 1 und 2 PrüfvV vor Ablauf der Elfmonatsfrist zu verbleiben hat, erheblich differieren dürften.

Zu überlegen wäre allenfalls eine ergänzende Auslegung der Prüfverfahrensvereinbarung dahingehend, dass eine Verpflichtung des MDK bestünde, die gutachtliche Stellungnahme der Krankenkasse so rechtzeitig vorzulegen, dass dieser im normalen Geschäftsgang die Einhaltung der Elfmonatsfrist gegenüber dem Krankenhaus möglich ist. Dabei wird - insoweit wird man die Ausführungen der Ast. kaum in Zweifel ziehen können - ein Abstand von zwei Wochen zum Ablauf der Elfmonatsfrist als das Maximum dessen anzusehen sein, was man den Krankenkassen zumuten kann.

Die Frage kann jedoch dahinstehen, da nach Auffassung der Kammer eine Regelung in der Prüfverfahrensvereinbarung - egal ob explizit getroffen oder durch Auslegung ermittelt - zur Frage, innerhalb welcher Frist der MDK seine gutachtliche Stellungnahme gegenüber der Krankenkasse zu erstatten hat, für den MDK rechtlich unwirksam wäre. Denn die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sind nicht Parteien der Prüfverfahrensvereinbarung, die allein zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft abgeschlossen worden ist, entsprechend der Regelung in § 17c Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Zwar bestimmt § 17c Abs. 2 Satz 4 KHG, dass die Vereinbarung für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich ist, und § 17c Abs. 2 Satz 2 KHG ermächtigt die Vertragsparteien zu Regelungen insbesondere über die Prüfungsdauer, jedoch sind diese Regelungen verfassungskonform so auszulegen, dass die Prüfungsdauer rechtlich verbindlich lediglich im Verhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu regeln ist, nicht aber die Bearbeitungsdauer durch den MDK im Verhältnis zur Krankenkasse. Denn zur Begründung einklagbarer subjektiver Rechte der Krankenkassen gegenüber dem MDK bedürfte es nach dem sowohl aus dem Rechtsstaatsprinzip als auch dem Demokratieprinzip des Grundgesetzes ableitbaren Parlaments- oder Gesetzesvorbehalt einer Regelung entweder unmittelbar durch Gesetz oder durch Rechtsverordnung auf gesetzlicher Grundlage; Ausnahmen hiervon sind nur bei satzungsmäßigen Regelungen im Bereich der Selbstverwaltung von Körperschaften möglich, bei denen die demokratische Legitimation auf der Wahl der Selbstverwaltungsorgane beruht. Vor diesem Hintergrund ist bereits die Konstruktion des § 17c Abs. 2 KHG als solche problematisch, soweit die vertraglichen Vereinbarungen zum Prüfverfahren zwischen Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Begrenzung bzw. zum Ausschluss von Rechtsansprüchen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen führen kann. Jedenfalls ausgeschlossen sind auf diesem Wege jedoch rechtliche Regelungen zu Lasten der medizinischen Dienste, da diese an der Vereinbarung nicht beteiligt sind, und die Belange der medizinischen Dienste auch nicht beispielsweise durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (bzw. ab 01.01.2020 den Medizinischen Dienst Bund) eingebracht werden können. Daran ändert auch nichts die Tatsache, dass die Medizinischen Dienste an Arbeitsgruppen im Rahmen der Entstehung der Prüfverfahrensvereinbarung beteiligt waren; maßgeblich ist allein, ob die Vereinbarung hinsichtlich ihrer Entstehung und ihres Fortbestands vom Willen der Medizinischen Dienste abhängig ist. Ganz davon abgesehen, dass die Medizinischen Dienste im Zeitpunkt des Abschlusses der Vereinbarung im Februar 2016 keinen Anlass hatten, an der Erfüllbarkeit der Elfmonatsfrist zu zweifeln, ihnen jedoch kein Kündigungsrecht nach § 13 PrüfvV zusteht, um auf den inzwischen stattgefundenen grundlegenden Anstieg der Prüfaufträge zu reagieren.

Das bedeutet konkret, dass die Vertragsparteien der Prüfverfahrensvereinbarung im Interesse ihrer Mitglieder gehalten sind, etwaige Ausschlussfristen so zu bemessen, dass mit der rechtzeitigen Bearbeitung der gutachtlichen Stellungnahme durch den MDK zu rechnen ist. Dies bedeutet freilich keineswegs, dass der MDK von jeglicher Pflicht zur Beschleunigung seiner Verfahren befreit wäre, vielmehr sind selbstverständlich sowohl die einzelnen Gutachter als auch die Geschäftsführung des MDK verpflichtet, alle ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ausnutzen bzw. alle organisatorischen Maßnahmen trifft, um die rechtzeitige Erstellung der gutachtlichen Stellungnahmen sicherzustellen. Wenn all dies jedoch nichts hilft, was offensichtlich derzeit der Fall ist, dann ist es Sache der Vertragsparteien der Prüfverfahrensvereinbarung, die Fristen so zu erweitern, dass mit der gutachtlichen Stellungnahme des MDK realistisch gerechnet werden kann. Der MDK selbst hat nämlich keinerlei Möglichkeit, auf die Bemessung der Fristen einzuwirken, da er an der Prüfverfahrensvereinbarung nicht beteiligt ist. Neueren Entwicklungen kann dadurch Rechnung getragen werden, dass die Prüfverfahrensvereinbarung nach ihrem § 13 Abs. 2 mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende schriftlich gekündigt werden kann. Vor diesem Hintergrund wäre zu erwarten gewesen, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bis spätestens 31.07.2019 die Prüfverfahrensvereinbarung zum Jahresende gekündigt hätte, da die derzeitige Entwicklung und die völlige Überforderung der Medizinischen Dienste seit langem absehbar war und spätestens seit der Ende 2018 einsetzenden Klagelawine auf der Hand lag.

Die hiesige Auffassung, wonach § 17c Abs. 2 KHG grundsätzlich nicht zum Erlass rechtlicher Regelungen zu Lasten der Medizinischen Dienste berechtigt, wird indirekt bestätigt durch die zum 01.01.2020 in Kraft getretene Neuregelung in § 17c Abs. 2 Satz 3 KHG: Danach ist bei der Regelung nach Satz 2 Nr. 2 - betreffend die elektronische Übermittlung von Unterlagen zwischen den Krankenhäusern und den Medizinischen Diensten im Rahmen der Krankenhausabrechnungsprüfung - der Medizinische Dienst Bund zu beteiligen. Der Gesetzgeber hat also ab dem 01.01.2020 die Beteiligung des Medizinischen Dienstes Bund bei einem Regelungsgegenstand, der spezifisch die Belange der Medizinischen Dienste betrifft, explizit angeordnet. Wenn er dies gleichzeitig für die Regelung über die Prüfungsdauer nach § 275c Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V nicht getan hat, kann daraus nur geschlossen werden, dass er insoweit die Belange der Medizinischen Dienste nicht als betroffen ansah. Dies kann wiederum nur bedeuten, dass die Ermächtigung zu Regelungen über die Prüfungsdauer nach § 275c Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V nur so zu verstehen sein kann, dass sie sich nur auf das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bezieht, nicht jedoch auf das Verhältnis zwischen Medizinischen Diensten und den Krankenkassen, und schon gar nicht den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft dazu ermächtigt, gleichsam in einem "Vertrag zu Lasten Dritter" einen konkreten Rechtsanspruch der Krankenkassen gegen die Medizinischen Dienste auf Abgabe der gutachterlichen Stellungnahme innerhalb einer bestimmten Frist zu regeln.

Die hier vertretene Auffassung steht auch in Einklang mit der Rechtsprechung des BGH zu Amtshaftungsansprüchen zwischen Körperschaften des öffentlichen Rechts. Einschlägig ist insoweit insbesondere das Urteil des BGH vom 21.06.2001 (Az. III ZR 34/00 = BGHZ 148,139), in dem es um die Frage ging, ob dem Land Schleswig-Holstein als Einstellungskörperschaft für eine verbeamtete Lehrerin Schadensersatzansprüche aus Amtspflichtverletzung zustehen konnten gegen die Freie und Hansestadt Hamburg als Trägerin des dortigen Gesundheitsamtes, das für die Beamtin die Einstellungsuntersuchung durchgeführt hatte, ohne die körperlichen Schäden festzustellen, die sich ein Jahr später zeigten und die nach Ansicht des klagenden Landes schon zur Zeit der Einstellungsuntersuchung hätten erkannt werden müssen. Insoweit handelt es sich um eine Konstellation, die der Beziehung zwischen den Krankenkassen und den aufgrund von Prüfaufträgen bei stationären Leistungen tätig werdenden Medizinischen Diensten durchaus vergleichbar ist. Der BGH hat hier unter Verweis auf seine ständige Rechtsprechung (insbesondere BGHZ 116, 312) die Möglichkeit jeglicher Amtshaftungsansprüche von vornherein verneint, weil der Dienstherr der zu untersuchenden Beamtin nicht "Dritter" sei, zugunsten dessen Amtspflichten im Sinne des § 839 BGB bestünden. Insbesondere bestehe zwischen den beteiligten Körperschaften weder ein Amtshilfe- noch ein Auftragsverhältnis. Vielmehr sei das Gesundheitsamt aus einer eigenen gesetzlichen Verpflichtung heraus tätig geworden. Hierzu hat das BGH ausgeführt (a.a.O. Rdnr. 19 bei juris): Zwar könnte Dritter im Sinne von § 839 BGB auch eine juristische Person des öffentlichen Rechts sein. Im Allgemeinen seien jedoch die unter den verschiedenen Körperschaften des öffentlichen Rechts bestehenden Pflichten lediglich solche, die eine ordentliche Verwaltung gewährleisten sollten. Eine solche Körperschaft sei nur dann Dritter, wenn der für die haftpflichtige Behörde tätig gewordene Beamte ihr bei Erledigung seiner Dienstgeschäfte in einer Weise gegenübertrete, wie sie für das Verhältnis zwischen ihm und seinem Dienstherrn einerseits und dem Staatsbürger andererseits charakteristisch sei. Wirkten hingegen der Dienstherr des Beamten und eine

andere Körperschaft des öffentlichen Rechts bei der Erfüllung einer ihnen gemeinsamen übertragenen Aufgabe gleichsinnig und nicht in Vertretung einander widerstreitender Interessen derart zusammen, dass sie im Rahmen dieser Aufgabe als Teil eines einheitlichen Ganzen erschienen, dann könnten jene Pflichten, die dem Beamten im Interesse der Förderung des gemeinsamen angestrebten Ziels oblägen, nicht als drittgerichtete Amtspflichten angesehen werden, deren Verletzung außenrechtliche Amtshaftungsansprüche der geschädigten Körperschaft auslöse.

Zwar hat der BGH nicht über öffentlich-rechtliche Erfüllungsansprüche zwischen den beteiligten öffentlich-rechtlichen Körperschaften entschieden, sondern über Amtspflichten zu Gunsten Dritter, jedoch können die Gedanken des BGH durchaus auf die vorliegende Situation übertragen werden. Das Verhältnis der Einstellungsbehörden von Beamten zu den Gesundheitsämtern anderer Gebietskörperschaften ist mit der Beziehung der Krankenkassen zu den Medizinischen Diensten gut vergleichbar. Auch der MDK wird aufgrund eigener gesetzlicher Zuständigkeit tätig. Die Anwendung der Rechtsprechung des BGH bedeutet, dass eine Amtshaftung des MDK aufgrund einer Verletzung der Amtspflichten seiner Gutachter gegenüber den Krankenkassen nicht in Betracht kommt. Damit schwer vereinbar ist jedoch die Vorstellung subjektiver Rechte im Sinne von Ansprüchen der Krankenkassen gegenüber den Medizinischen Diensten auf fristgerechte Erstellung von Gutachten, jedenfalls solange nicht der Gesetzgeber eindeutig diesbezügliche Pflichten des MDK und darauf bezogene Ansprüche der Krankenkassen regelt.

Der Anordnungsanspruch lässt sich auch nicht aus der in § 1 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung wohl nur deklaratorisch beschriebenen, da im Übrigen auch aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen ableitbaren Verpflichtung zur konstruktiven Zusammenarbeit der im Prüfverfahren beteiligten Körperschaften herleiten. Denn eine solche Pflicht zur konstruktiven Zusammenarbeit oder gegenseitigen Rücksichtnahme kann niemals weitergehen als das, was der jeweiligen Körperschaft konkret möglich ist. Der Ag. hat aber glaubhaft dargelegt, dass ihm eine rechtzeitige Erledigung sämtlicher Prüfaufträge gerade nicht mehr möglich ist und er alle organisatorischen Möglichkeiten zur Beschleunigung der Verfahren ausgeschöpft hat.

Ebenso wenig führt der allgemeine Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz hier weiter, da dieser zwar grundsätzlich den Krankenkassen gegenüber dem MDK einen Anspruch auf Gleichbehandlung bei der Bearbeitung ihrer Prüfaufträge vermittelt, jedoch vorliegend nicht ersichtlich ist, dass der MDK gegenüber der Ast. deren Recht auf Gleichbehandlung verletzt hätte; vielmehr entspricht die Vorgehensweise des Ag. gegenüber der Ast. den allgemeinen Grundsätzen, die der Ag. zur Verwaltung des Mangels entwickelt hat und die auch in sich schlüssig und nachvollziehbar sind.

Abschließend wird der Ag. darauf hingewiesen, dass er gemäß § 63 Abs. 2 Satz 1 SGG in Verbindung mit § 174 Abs. 3 Satz 4 in Verbindung mit Abs. 1 ZPO seit dem 01.01.2018 verpflichtet ist, einen sicheren Übermittlungsweg für die Zustellung elektronischer Dokumente zu eröffnen. Der Ag. wird weiter darauf hingewiesen, dass er ab dem 01.01.2022 gemäß dem dann in Kraft tretenden § 65d SGG verpflichtet ist, prozessuale Schriftsätze und Erklärungen als elektronisches Dokument zu übermitteln.

III.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG analog.

IV.

Der Streitwert ist nach § 53 Abs. 2 Nr. 4 in Verbindung mit § 52 Abs. 2 Gerichtskostengesetz (GKG) nach dem Auffangstreitwert von 5000 EUR zu bestimmen, da der Wert der streitgegenständlichen gutachtlichen Stellungnahmen anderweitig nicht zu bestimmen ist. Eine Halbierung des Auffangstreitwerts findet - wie sonst im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes üblich - vorliegend nicht statt, da die begehrte einstweilige Anordnung eine Vorwegnahme der Hauptsache beinhalten würde.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2020-01-23