

## **B 3 KR 7/13 R**

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
3  
1. Instanz  
SG Hamburg (HAM)  
Aktenzeichen  
S 48 KR 1351/08  
Datum  
24.10.2011  
2. Instanz  
LSG Hamburg  
Aktenzeichen  
L 1 KR 150/11  
Datum  
31.01.2013  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 3 KR 7/13 R  
Datum  
27.11.2014  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Die Krankenkasse kann einem Krankenhaus auch selbst anzeigen, dass sie den MDK mit der Prüfung der Abrechnung einer Krankenhausbehandlung beauftragt hat; einer zusätzlichen Prüfungsanzeige des MDK bedarf es zur Wahrung der Sechswochenfrist für die Einleitung und Anzeige des Prüfverfahrens nicht.

2. Kann die Krankenkasse einen vermuteten Erstattungsanspruch gegen ein Krankenhaus ohne die Auswertung der Behandlungsunterlagen nicht begründen und hat das Sozialgericht die im Rahmen einer Stufenklage erhobene Klage auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen des Krankenhauses an den MDK abgewiesen, kann der Streitwert für die Herausgabeklage im Rechtsmittelverfahren auf den Wert des höchstmöglichen Erstattungsanspruchs festgesetzt werden.

Auf die Revision der Klägerin werden die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 31. Januar 2013 und des Sozialgerichts Hamburg vom 24. Oktober 2011 geändert und der Beklagte verurteilt, die Behandlungsdokumentation über die in der Zeit vom 23. bis zum 25. Oktober 2007 erfolgte stationäre Behandlung des Versicherten K R dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung B vorzulegen. Der Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in allen Rechtszügen. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1838,81 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Es ist streitig, ob der beklagte Krankenträger zur Herausgabe einer Behandlungsdokumentation an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung B (MDK) zur Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach [§ 275 Abs 1 Nr 1 iVm Abs 1c SGB V](#) verpflichtet ist.

2

Der bei der klagenden Krankenkasse versicherte Patient K R befand sich in der Zeit vom 23. bis zum 25.10.2007 zur stationären Behandlung in der von dem Beklagten betriebenen Chirurgischen Klinik S. In der Fachabteilung Allgemeine Chirurgie wurde am 24.10.2007 eine Bänderoperation an der Hand durchgeführt (OPS-Kode 2007: 5-841.24 = Operation an Bändern der Hand; Exzision, partiell: Bänder der Metakarpophalangealgelenke der Langfinger). Die nach der DRG - Fallpauschale I 32 E erstellte Rechnung über 1838,81 Euro (Rechnung vom 26.10.2007) wurde zunächst vollständig beglichen. Mit Schreiben vom 12.11.2007 beauftragte die Klägerin den MDK mit der Überprüfung der Abrechnung und informierte hierüber mit Schreiben vom selben Tag auch den Beklagten. Als Grund für den Prüfauftrag wurde angegeben, es sei zu klären, ob der stationäre Aufenthalt am präoperativen Tag (23.10.2007) medizinisch erforderlich gewesen sei (Schlüssel 204 = DRG: sekundäre Fehlbelegung). In der Verwaltungsakte der Klägerin befindet sich außerdem eine schriftliche Mitteilung des MDK an den Beklagten vom 14.11.2007 über den erhaltenen Prüfauftrag, deren Zugang der Beklagte allerdings bestreitet. Im Rahmen einer Klinikbegehung durch den MDK am 20.2.2008 lehnte der Beklagte die Vorlage der Behandlungsdokumentation zur Einsichtnahme ab, weil die sechswöchige Frist für die Anzeige des Prüfverfahrens ([§ 275 Abs 1c SGB V](#)) nicht eingehalten worden sei. Ein Prüfauftrag könne wirksam nur durch den MDK selbst angezeigt werden.

3

Mit ihrer am 15.12.2008 erhobenen Stufenklage hat die Klägerin auf der ersten Stufe einen Anspruch auf Herausgabe der Behandlungsdokumentation an den MDK zwecks Prüfung der sachlichen Richtigkeit der Abrechnung geltend gemacht, um gegebenenfalls in

einer zweiten Stufe einen Erstattungsanspruch verfolgen zu können. Sie hat vorgetragen, die Auswertung der vom Beklagten nach [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten habe ergeben, dass die Behandlung möglicherweise nicht stationär hätte erfolgen müssen oder dass der präoperative Tag (23.10.2007) möglicherweise medizinisch nicht notwendig gewesen sei. Diese Fragen seien daher durch den MDK anhand der Behandlungsdokumentation zu klären, wobei sich ein Erstattungsanspruch in Höhe von 1838,81 Euro ergäbe, wenn sich herausstellen sollte, dass der Eingriff auch ambulant hätte durchgeführt werden können. Das Prüfverfahren sei zeitnah eingeleitet und dem Beklagten sowohl durch die Klägerin (12.11.2007) als auch durch den MDK (14.11.2007) fristgerecht angezeigt worden. Ein Zugangsnachweis der Prüfanzeige des MDK könne im Hinblick auf den damit verbundenen Verwaltungsaufwand nicht verlangt werden. Im Übrigen sei der Beklagte jedenfalls durch die Klägerin selbst über die Einleitung des Prüfverfahrens rechtswirksam informiert worden.

4

Der Beklagte hat demgegenüber vorgetragen, ihm sei keine Prüfanzeige des MDK zugegangen. Die Anzeige durch die Klägerin selbst wahre die Frist nicht, weil [§ 275 Abs 1c SGB V](#) ausdrücklich eine Anzeige durch den MDK vorschreibe und auch nur dieser eine qualifizierte Prüfanzeige fertigen könne.

5

Das SG hat die - zunächst auf die erste Stufe des Klagebegehrens beschränkte - Klage abgewiesen und ausgeführt, die Klägerin habe keinen Anspruch auf Herausgabe der Behandlungsunterlagen an den MDK, weil dieser den Prüfauftrag dem Beklagten nicht innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Rechnung bei der Klägerin angezeigt habe. Nach dem eindeutigen Wortlaut des [§ 275 Abs 1c SGB V](#) sei allein eine Anzeige durch den MDK zulässig. Daran fehle es hier; der Zugang seiner Prüfanzeige vom 14.11.2007 habe sich nicht belegen lassen (Urteil vom 24.10.2011).

6

Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen (Urteil vom 31.1.2013): Der Wortlaut des [§ 275 Abs 1c SGB V](#) sei eindeutig. Eine erweiternde Auslegung dahingehend, dass die Anzeige auch durch die Krankenkasse erfolgen könne, sei ausgeschlossen. Es gebe auch keine Anhaltspunkte für eine unbeabsichtigte Regelungslücke. Die Vorschrift bezwecke die Beschleunigung des Verfahrens. Dieses Ziel sei aber nur zu erreichen, wenn der Prüfauftrag der Krankenkasse und auch die Prüfanzeige durch den MDK von der Sechswochenfrist umfasst würden. Wäre auch die Anzeige des Prüfverfahrens durch die Krankenkasse selbst ausreichend, könnte ein Krankenhaus nicht sicher sein, ob der Prüfauftrag rechtzeitig innerhalb der Sechswochenfrist beim MDK eingegangen ist.

7

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Klägerin die Verletzung materiellen Rechts. Ihr Anspruch auf Herausgabe der Behandlungsdokumentation an den MDK sei nicht durch [§ 275 Abs 1c SGB V](#) ausgeschlossen. Sie habe nach Zugang der Rechnung des Krankenhauses innerhalb der Sechswochenfrist mit Schreiben vom 12.11.2007 den MDK mit der Überprüfung des Behandlungsfalles beauftragt. Laut Dokumentation des MDK sei die Beauftragung dort am 13.11.2007 erfasst und dem Beklagten mit Schreiben vom 14.11.2011 angezeigt worden. Zwar bestreite dieser den Zugang des Schreibens, es sei aber unstreitig, dass sie selbst mit Schreiben vom 12.11.2007 den Beklagten unter Nennung des Prüfgrundes über die Einleitung des Prüfverfahrens informiert habe. Der Beklagte sei damit fristgerecht und rechtswirksam über die Einleitung des Prüfverfahrens informiert worden; einer zusätzlichen Prüfanzeige des MDK habe es nicht bedurft. Das LSG habe sich mit seiner gegenteiligen Auffassung allein auf den Wortlaut des [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) gestützt und die Möglichkeit einer historischen oder teleologischen Auslegung der Vorschrift außer Acht gelassen. Sinn und Zweck der Regelung sei die Sicherstellung der zeitnahen Unterrichtung des Krankenhauses über die Einleitung eines Prüfverfahrens, und es bestehe auch sonst kein schutzwürdiges Interesse des Krankenhauses, allein durch den MDK über den Prüfauftrag informiert zu werden. Auch die Gesetzesbegründung zu [§ 275 Abs 1c SGB V \(BT-Drucks 16/3100 S 171\)](#) schließe die Prüfanzeige durch die Krankenkasse nicht ausdrücklich aus.

8

Die Klägerin beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 31. Januar 2013 und des Sozialgerichts Hamburg vom 24. Oktober 2011 zu ändern und den Beklagten zu verurteilen, die Behandlungsdokumentation über die in der Zeit vom 23. bis 25. Oktober 2007 erfolgte stationäre Behandlung des Versicherten K R dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung B vorzulegen.

9

Der Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil und beantragt, die Revision zurückzuweisen.

II

10

Die Revision der Klägerin ist zulässig und in der Sache auch begründet. Die Vorinstanzen haben die Klage zu Unrecht abgewiesen. Die dem Beklagten übermittelte (und zugegangene) Anzeige der Klägerin vom 12.11.2011 über den dem MDK am selben Tag erteilten Prüfauftrag reichte zur Wahrung der Sechswochenfrist zur Einleitung und Anzeige des Prüfverfahrens nach [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) aus; einer (zusätzlichen) Anzeige des Prüfverfahrens durch den MDK bedurfte es - jedenfalls unter den Gegebenheiten des vorliegenden Falles - nicht.

11

1. Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen liegen vor.

12

a) Die Klägerin macht ihr Begehren auf Herausgabe von medizinischen Unterlagen an den MDK sowie auf Begleichung etwaiger und sich aus der Begutachtung ergebender Rückforderungsansprüche gegen den Krankenträger zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) geltend (stRspr; zur Anwendung des [§ 54 Abs 5 SGG](#) im Gleichordnungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus vgl zB [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 8 mwN).

13

b) Ebenfalls zutreffend ist der gewählte Weg zur Verfolgung der Ansprüche über die auch in der Sozialgerichtsbarkeit nach [§ 202 SGG](#) iVm [§ 254 ZPO](#) zulässige Stufenklage ([BSGE 98, 142](#) = [SozR 4-2500 § 276 Nr 1](#), RdNr 12 ff; [BSGE 112, 141](#) = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 11 f; BSG SozR 4-2500 § 276 Nr 2 RdNr 11). Da die Klägerin eine Erstattungsforderung gegenüber dem Beklagten geltend machen möchte, die sie nach derzeitigem Kenntnisstand weder dem Grunde noch der Höhe nach abschließend zu begründen imstande ist, bedarf es zunächst der Herausgabe der medizinischen Unterlagen des Behandlungsfalles mit anschließender Begutachtung durch den MDK, um die Erfolgsaussichten des Rückforderungsbegehrens sicher beurteilen zu können. Der als zweite Stufe der Klage bisher unbeziffert gestellte Antrag auf Erstattung einer etwaigen Fehl- oder Überzahlung setzt eine Entscheidung über das Herausgabeverlangen voraus und steht daher mit diesem in einem untrennbaren Zusammenhang. Abweichend von [§ 92 Abs 1 Satz 3 SGG](#), wonach die Klage einen bestimmten Antrag enthalten soll, darf in diesem Fall der nach Grund und Höhe noch nicht feststehende Rückzahlungsanspruch einstweilen unbeziffert bleiben. Die Stufenklage ist zulässig, wenn der Anspruch dem Grunde oder der Höhe nach ungewiss ist, sofern diese Ungewissheit durch die Tatsachen geklärt werden kann, auf die der Auskunfts- bzw Herausgabeanpruch gerichtet ist ([BSGE 112, 141](#) = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 12, 13; BSG SozR 4-2500 § 276 Nr 2 RdNr 11).

14

c) Die Klägerin (und nicht der MDK) ist für die Herausgabeklage zur Prozessführung befugt, weil sie insoweit ein eigenes Recht verfolgt. Ein der Tatsachenermittlung für einen Zahlungsanspruch dienender Herausgabeanpruch stellt, ebenso wie entsprechende Auskunfts- und Rechenschaftsansprüche nach [§§ 259 ff BGB](#), lediglich einen Hilfsanspruch für den zu sichernden Zahlungsanspruch dar (vgl Palandt/Grüneberg, BGB, 73. Aufl 2014, § 259 RdNr 7). Er kann daher grundsätzlich nur demjenigen zustehen, der Gläubiger des auf der zweiten Stufe erhobenen Zahlungsanspruchs ist. Dem widerspricht die Regelung des [§ 276 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) (hier idF durch Art 3 Nr 7 Buchst b 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, BGB I 1229) nicht, weil dort nur normiert ist, wie der Anspruch zu erfüllen ist, nicht aber, wem der Anspruch materiell-rechtlich zusteht und wie er prozessual geltend zu machen ist (vgl [BSGE 98, 142](#) = [SozR 4-2500 § 276 Nr 1](#), RdNr 14). Die Vorschrift berechtigt die Krankenkassen, von den Leistungserbringern die direkte Übermittlung von Daten an den MDK zu verlangen, ohne diesem eine "Verfahrensherrschaft" zuzuweisen (BSG SozR 4-2500 § 276 Nr 2 RdNr 12).

15

2. Die Klage ist auch begründet. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Herausgabeanpruchs ist [§ 276 Abs 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#). Danach sind die Leistungserbringer auf entsprechende Anforderung des MDK verpflichtet, Sozialdaten unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die durch die Krankenkassen nach [§ 275 Abs 1 bis 3 SGB V](#) veranlasste gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung erforderlich ist. Aus der Wendung "soweit erforderlich" folgt, dass die Anforderung des MDK ausreichend begründet sein muss, damit der Leistungserbringer - hier das Krankenhaus - seine Herausgabepflichten im Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht zutreffend einschätzen kann. Die "Übermittlung der Sozialdaten" iS des [§ 276 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) geschieht sodann in der Regel durch die vorübergehende Überlassung der Behandlungsunterlagen ([BSGE 98, 142](#) = [SozR 4-2500 § 276 Nr 1](#), RdNr 17; BSG SozR 4-2500 § 276 Nr 2 RdNr 14). Grundlage der Herausgabepflicht ist die Verpflichtung der Krankenkassen gemäß [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) (in der hier maßgeblichen und bis heute unveränderten Fassung des Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)), bei der Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen, wenn dies nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. In [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) sind also zwei eigenständige Prüftatbestände miteinander verbunden, nämlich nach Halbsatz 1 die Prüfung bei der Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von deren Voraussetzungen, Art und Umfang (vor allem primäre und sekundäre Fehlbelegung), und nach Halbsatz 2 die Abrechnungsprüfung, also die Prüfung einer vom Krankenhaus bereits erteilten Zwischen- oder Schlussrechnung. Hier geht es um eine solche Abrechnungsprüfung, weil der Beklagte den Behandlungsfall abschließend abgerechnet und die Klägerin die Rechnung vom 26.10.2007 bereits vollständig beglichen hat.

16

Zu den wechselseitigen Auskunfts-, Prüf- und Mitwirkungspflichten zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und MDK hat der erkennende Senat ein dreistufiges Prüfschema entwickelt, das inzwischen Gegenstand der ständigen Rechtsprechung ist (BSG Urteil vom 22.4.2009 - [B 3 KR 24/07 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr 18; vgl zuletzt BSG Urteil vom 21.3.2013 - [B 3 KR 28/12 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr 29): Danach sind zwingend auf der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung zunächst Angaben nach [§ 301 Abs 1 SGB V](#) zu machen. Hiernach ist das Krankenhaus verpflichtet, der Krankenkasse die wesentlichen Aufnahme- und Behandlungsdaten zu übermitteln. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist abschließend und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung von Versicherten auf jeden Fall zu übermitteln sind. Erschließen sich aufgrund dieser Angaben oder eines eventuell landesvertraglich vorgesehenen Kurzberichts die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten Mitarbeitern der Krankenkasse nicht, hat diese auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung beim MDK eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen (sozialmedizinische Fallberatung), die auf der Grundlage der der Krankenkasse zur Verfügung stehenden Unterlagen - also insbesondere der Angaben nach [§ 301 SGB V](#) - sowie ggf der vom Versicherten überlassenen medizinischen Befunde zu erstellen ist ([§ 276 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)). Lässt sich auch unter Auswertung dieser Sozialdaten ein abschließendes Ergebnis nicht finden, bestehen also weiterhin Zweifel an Notwendigkeit/Dauer der Krankenhausbehandlung oder liegen

Auffälligkeiten in Bezug auf eine ordnungsgemäße Abrechnung vor, so hat das Krankenhaus schließlich auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung, dem förmlichen Prüfverfahren nach [§ 275 Abs 1 Nr 1 iVm Abs 1c SGB V](#), dem MDK gemäß [§ 276 Abs 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, soweit sie im Einzelfall zur Beantwortung der Prüfanfrage der Krankenkasse benötigt werden. Auf dieser Grundlage ist der MDK ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten beim Krankenhaus anzufordern (vgl. [BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3](#)); das Krankenhaus ist zu deren Vorlage verpflichtet, weil in einem solchen Fall allein durch die Angaben gemäß [§ 301 SGB V](#) und einen etwaigen Kurzbericht eine zuverlässige Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit oder anderer Fragen der Abrechnung nicht möglich ist. Diese Mitwirkungspflicht des Krankenhauses entfällt indes, wenn die Krankenkasse die Vorgaben zur Einleitung eines Prüfverfahrens nach [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) (idF des Art 1 Nr 6b FPG vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) nicht eingehalten hat.

17

Im vorliegenden Fall ist die Mitwirkungspflicht des Beklagten entgegen der Rechtsauffassung von SG und LSG nicht entfallen.

18

a) Voraussetzung des Herausgabeanspruchs nach [§ 276 Abs 2 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung einer Krankenhausbehandlung ist die Erteilung eines von den Vorgaben des [§ 275 Abs 1 Nr 1 Halbsatz 2 SGB V](#) gedeckten Prüfauftrags durch die Krankenkasse an den MDK; ein solcher Auftrag liegt hier vor (Auftragsschreiben vom 12.11.2007).

19

aa) Unmittelbar nach Eingang der Rechnung des Beklagten vom 26.10.2007 hat die Klägerin den MDK um eine sozialmedizinische "Begutachtung nach Aktenlage" gebeten, ob aufgrund der nach [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten sicher beurteilt werden kann, dass eine primäre Fehlbelegung und auch eine sekundäre Fehlbelegung auszuschließen sind (Schreiben vom 27.10.2007). Anlass für den - zur zweiten Phase des genannten Prüfschemas gehörenden - Begutachtungsauftrag nach Aktenlage an den MDK (sozialmedizinische Fallberatung) war der Umstand, dass die durchgeführte Operation an der Hand (OPS-Kode 2007: 5-841.24) im Vertrag nach [§ 115 Abs 1 SGB V](#) - Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag), der im Jahre 2007 in der am 1.10.2006 in Kraft getretenen Fassung des erweiterten Bundesschiedsamts galt (AOP-Vertrag 2006 nebst Anlagen 1 und 2) - ausdrücklich jenen Eingriffen zugeordnet worden war, die in der Regel ambulant durchgeführt werden können (Katalog nach [§ 115b Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) in Anlage 1 zum AOP-Vertrag) und bei denen nur dann eine stationäre Behandlung erforderlich sein kann, wenn einer der nach [§ 115b Abs 1 Satz 2 SGB V](#) bestimmten allgemeinen Tatbestände erfüllt ist (Anlage 2 zum AOP-Vertrag). Werden die im AOP-Vertrag aufgeführten Leistungen nicht ambulant erbracht, besteht Anlass für das Krankenhaus, den "Grund" für die stationäre Aufnahme (vgl. [§ 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#)) - wenn sich dies nicht schon aus den Aufnahmediagnosen selbst ergibt - näher darzulegen (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 29 RdNr 11, 12). Ob die Versorgungsziele des [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) bei ambulanter Behandlung ausreichend verfolgt werden können oder ob ggf Grund für eine stationäre Leistungserbringung besteht, richtet sich nach den medizinischen Erfordernissen im Einzelfall und steht nicht im freien Belieben des Leistungserbringers ([BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr 12](#), RdNr 23; [BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15](#), RdNr 20).

20

Der MDK hat in seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 12.11.2007 die Entscheidung des Krankenhauses zur stationären Aufnahme des Versicherten nach Aktenlage als "vertretbar" bewertet, eine primäre Fehlbelegung also verneint, zugleich aber angemerkt, die Notwendigkeit des stationären Aufenthalts am präoperativen Tag (23.10.2007) könne nach Aktenlage nicht abschließend beurteilt werden, bedürfe weiterer Ermittlungen und erfordere eine Krankenhausbegehung; eine sekundäre Fehlbelegung für die Dauer eines Tages erschien also nicht ausgeschlossen. Daraufhin hat die Klägerin dem MDK noch am gleichen Tag (12.11.2007) den Prüfauftrag nach [§ 275 Abs 1c iVm Abs 1 Nr 1 SGB V](#) bezüglich der Frage einer möglichen sekundären Fehlbelegung am 23.10.2007 erteilt. Die Frist von sechs Wochen nach Eingang der Rechnung bei der Krankenkasse war bei der Erteilung des Prüfauftrags noch nicht abgelaufen ([§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#)).

21

bb) Die Erteilung dieses Prüfauftrages war auch zulässig, weil die Abrechnung des Beklagten vom 26.10.2007 die nach [§ 275 Abs 1 Nr 1 Halbsatz 2 SGB V](#) erforderliche "Auffälligkeit" aufweist. Ist nämlich ein medizinischer Eingriff grundsätzlich ambulant möglich, bedarf es für den Umstand, dass die - ohnehin bereits als Ausnahme anzusehende - stationäre Behandlung zusätzlich einen dem Eingriff vorgeschalteten Vorbereitungstag erfordert, die Aufnahme des Versicherten also nicht am Morgen des Operationstages erfolgen konnte, einer näheren Erklärung, da sich hier aus den der Klägerin übermittelten Daten nicht erschloss, weshalb der präoperative Tag stationär verbracht werden musste.

22

b) Die Prüfanzzeige ist dem Krankenhaus auch rechtzeitig zugegangen. Dabei ist allein die Prüfanzzeige der Klägerin vom 12.11.2007 von Interesse, die dem Krankenhaus am nächsten Tag zugegangen ist. Von einer zweiten - ohne Weiteres fristwährenden - Prüfanzzeige durch den MDK am 14.11.2007 kann nicht ausgegangen werden, weil nicht erwiesen ist, dass diese Anzeige dem Krankenhaus zugegangen ist. Der Einwand des Beklagten, die Herausgabe der Behandlungsunterlagen an den MDK könne wegen Fristversäumnis bei der Anzeige des Prüfverfahrens nicht mehr geltend gemacht werden, weil die Krankenkasse die Prüfanzzeige nicht selbst anfertigen und übersenden dürfe, ist nicht gerechtfertigt.

23

aa) Gemäß [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) ist die Prüfung nach [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) bei Krankenhausbehandlungen nach [§ 39 SGB V](#) spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen. Dem ist die Klägerin mit ihrer Prüfanzzeige vom 12.11.2007 gerecht geworden. Die Erstellung und Absendung der Prüfanzzeige

"durch den MDK" ist keine Voraussetzung für die fristwahrende Wirkung der Anzeige. Auch der 1. Senat des BSG hat - allerdings im Rahmen eines obiter dictum - bereits die Auffassung geäußert, eine Prüfanzzeige könne wirksam auch durch eine Krankenkasse selbst erteilt werden (Urteil vom 17.12.2013 - [B 1 KR 14/13 R](#) - SozR 4-2500 § 275 Nr 15) und dazu ausgeführt: "Insoweit weist der erkennende Senat vorsorglich auch darauf hin, dass nach seiner Rechtsprechung die Regelung des [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) der Krankenkasse keinen bestimmten Weg für die Einleitung und Fortführung des Begutachtungsverfahrens vorschreibt. Auch bildet [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) mit der Prüfanzzeige des MDK gegenüber dem Krankenhaus lediglich den Regelfall ab. Die Regelung schließt ein anderes Vorgehen nicht aus. Hierfür gäbe es auch keine Sachgründe. Es ist zulässig, dass sich die Krankenkasse direkt an das Krankenhaus wendet und ihm einen dem MDK erteilten Prüfauftrag fristwahrend anzeigt" (RdNr 24-25). Der erkennende 3. Senat schließt sich dem an. Die Krankenkasse entscheidet über Erteilung, Erweiterung, Beschränkung und Beendigung eines Prüfauftrags, ist damit "Herrin" des Verfahrens (BSG Urteil vom 18.7.2013 - [B 3 KR 21/12 R](#) - [BSGE 114, 105](#) = SozR 4-2500 § 275 Nr 14, RdNr 29) und kann deshalb auch selbst die Prüfanzzeige übernehmen. Es reicht grundsätzlich aus, dass die Krankenkasse - wie hier - dem MDK einen Prüfauftrag erteilt und sogleich dem Krankenhaus eine Mitteilung hierüber zuleitet und dabei den Inhalt des Prüfauftrags bekannt gibt, was zB auch durch die Beifügung einer Abschrift des Prüfauftrags geschehen kann.

24

bb) Durch [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) wird nach Eingang des Rechnungsdatensatzes bei der Krankenkasse eine Ausschlussfrist von sechs Wochen in Gang gesetzt, innerhalb derer die Krankenkasse die Prüfung einzuleiten und der MDK dem Krankenhaus die Prüfung anzuzeigen hat. Prüfungen, die nach Ablauf dieses Zeitraums dem Krankenhaus angezeigt werden, sind nicht zulässig ([BT-Drucks 16/3100 S 171](#) zu Nr 185 Buchst a). Die Beauftragung des MDK sowie die Anzeige beim Krankenhaus müssen kumulativ innerhalb der Sechswochenfrist erfolgen (Beyer in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 275 RdNr 19).

25

Für die Ansicht, die Prüfanzzeige gegenüber dem Krankenhaus müsse "durch den MDK" erfolgen, spricht auf den ersten Blick der Wortlaut des [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#). Sinn und Zweck der Vorschrift legen allerdings die Auslegung nahe, dass die Anzeige "durch den MDK" lediglich den Regelfall des Vorgehens nach Erteilung des Prüfauftrages durch die Krankenkasse an den MDK darstellt. Die Vorschrift ist nicht dahingehend auszulegen, dass die Prüfanzzeige ausschließlich und nur durch den MDK erfolgen kann; eine Prüfanzzeige durch die Krankenkasse selbst ist nicht ausgeschlossen. Die Regelung hat den Zweck, dem Krankenhaus innerhalb der Sechswochenfrist Gewissheit darüber zu verschaffen, ob die Krankenkasse eine Abrechnung als endgültig akzeptiert oder eine Überprüfung durch die Krankenkasse und den MDK beabsichtigt ist. Dabei ist es für das Krankenhaus ohne Bedeutung, ob es von einer beabsichtigten Abrechnungsprüfung durch die Krankenkasse selbst oder durch den MDK unterrichtet wird. Das Krankenhaus muss allerdings prüfen können, ob der Prüfauftrag der Krankenkasse rechtzeitig dem MDK erteilt worden ist. Bei einer Prüfanzzeige durch den MDK ergibt sich dies ohne Weiteres, weil eine solche Anzeige ohne vorher erteilten Auftrag ausgeschlossen ist. Eine Prüfanzzeige durch die Krankenkasse steht der Anzeige durch den MDK demgemäß nur gleich, wenn aus der Anzeige hervorgeht, dass und mit welchem Inhalt dem MDK ein Prüfauftrag zuvor oder zeitgleich erteilt worden ist. Sind diese Anforderungen gewahrt, gibt es keine sachlichen Gründe, die Krankenkasse von der Berechtigung zur Erteilung einer eigenen Prüfanzzeige an das Krankenhaus auszuschließen.

26

Diesem Ergebnis steht letztlich auch der Wortlaut des [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) nicht entgegen. Der Begriff der "Einleitung" der Prüfung nach [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) ist weder in [§ 275 Abs 1c SGB V](#) selbst noch an anderer Stelle in diesem Gesetz definiert. Vom Sprachgebrauch her ist der Vorgang der Prüfungseinleitung jedenfalls nicht auf die Beauftragung des MDK beschränkt, sondern kann durchaus auch die Anzeige der Prüfung an das betroffene Krankenhaus umfassen; denn dann ist die Prüfung sowohl im Verhältnis zum MDK als auch im Verhältnis zum Krankenhaus "eingeleitet". Entschließt sich die Krankenkasse, die Abrechnungsprüfung in dieser Weise umfassend, also gegenüber dem MDK und dem Krankenhaus, "einzuleiten", stellt sich die zusätzliche Anzeige durch den MDK als entbehrlich dar und hätte allenfalls noch deklaratorischen bzw wiederholenden Charakter.

27

cc) Die Prüfanzzeige der Klägerin vom 12.11.2007 entspricht den dargestellten Anforderungen. In dem Schreiben wird das Krankenhaus über die Beauftragung des MDK und das Auftragsdatum informiert. Zugleich wird die "Auffälligkeit" der Abrechnung (Schlüssel 204 = DRG I 32 E, sekundäre Fehlbelegung, Notwendigkeit/Dauer präoperativer Tag) benannt und über die Notwendigkeit einer Krankenhausbegehung unterrichtet, die vom MDK nach Terminabstimmung durchgeführt werde. Damit ist dem Krankenhaus am 12.11.2007 eine wirksame Prüfanzzeige erteilt worden, die das Prüfverfahren in Gang gesetzt hat, das bis heute andauert. Der Beklagte ist somit zur Herausgabe der Behandlungsdokumentation über den stationären Aufenthalt des Versicherten R in der Zeit vom 23. bis zum 25.10.2007 an den MDK verpflichtet.

28

3. Auf die Frage, ob hilfsweise auch das am 20.2.2008 im Zuge der Krankenhausbegehung durch den MDK geäußerte Herausgabeverlangen fristwahrend iS des [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) gewirkt hätte, kommt es nach alledem nicht an.

29

Ohne eine den Voraussetzungen des [§ 301 SGB V](#) entsprechende Datenübermittlung anlässlich der Abrechnung des Behandlungsfalles wäre die Frist zur Erteilung der Prüfanzzeige noch nicht abgelaufen gewesen, als der MDK am 20.2.2008 an Ort und Stelle das Herausgabeverlangen unterbreitete und sich dabei auf den Prüfauftrag der Klägerin vom 12.11.2007 berief. In diesem Vorgehen dürfte eine eigenständige Prüfanzzeige durch den MDK zu sehen sein. Sie wirkte fristwahrend, wenn zu diesem Zeitpunkt die Sechswochenfrist des [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) noch gar nicht in Lauf gesetzt worden war. Ist - wie bereits ausgeführt - ein bestimmter Eingriff sowohl ambulant als auch stationär möglich, wie es bei Bänderoperationen an der Hand nach dem OPS-Kode 2007: 5-841.24 der Fall ist, hat das Krankenhaus

schon bei der Datenübermittlung nach [§ 301 SGB V](#) im Abschnitt "Grund der Aufnahme" ([§ 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V](#)) mitzuteilen, weshalb im konkreten Fall die stationäre Aufnahme medizinisch notwendig war, eine ambulante Versorgung also ausschied, soweit sich dies nicht schon aus den Aufnahmediagnosen selbst ergibt (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 29 RdNr 11, 12). Geschieht dies nicht, wird der Vergütungsanspruch nicht fällig und die Prüffrist des [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) nicht in Lauf gesetzt ([BSGE 111, 58](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 33; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 29 RdNr 13). Die Sechswochenfrist des [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) wäre also nicht abgelaufen gewesen, als der MDK am 20.2.2008 um Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen bat, wenn die Datenübermittlung nach [§ 301 SGB V](#) unzureichend gewesen wäre. Ob dies der Fall war, kann hier offen bleiben. Immerhin reichten die Daten aber offenbar aus, um dem MDK nach Aktenlage die Einschätzung zu erlauben, die stationäre Behandlung sei "vertretbar" gewesen.

30

4. Ergänzend bleibt anzumerken, dass die Festlegung des Prüfauftrages vom 12.11.2007 auf die Frage der sekundären Fehlbelegung (Notwendigkeit des stationären Aufenthalts am präoperativen Tag - 23.10.2007) nicht in Widerspruch steht zur Festlegung des Streitgegenstandes bezüglich der zweiten Stufe der Leistungsklage in der Klageschrift vom 11.12.2008, es stehe ein Erstattungsanspruch von bis zu 1838,81 Euro im Raum. Die gezahlte Vergütung wäre vom Beklagten nur dann in voller Höhe von 1838,81 Euro zurückzuzahlen, wenn sich aus der Auswertung der Behandlungsdokumentation ergäbe, dass nicht nur eine sekundäre Fehlbelegung vorgelegen hätte, sondern der Eingriff auch ambulant hätte durchgeführt werden können, es also eine primäre Fehlbelegung gegeben hätte; denn bei einer nur sekundären Fehlbelegung von einem Tag wäre die Vergütung lediglich zu kürzen, würde aber nicht ganz entfallen. Stößt nämlich der MDK bei der Auffälligkeitsprüfung einer Krankenhausbehandlung auf zusätzliche Verdachtsmomente, ist er schon auf der Grundlage des erteilten Prüfauftrags zu weiteren Ermittlungen verpflichtet, um dem Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 Abs 1, § 70 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)) gerecht zu werden (BSG Urteil vom 17.12.2013 - [B 1 KR 14/13 R](#) - SozR 4-2500 § 275 Nr 15). Der Prüfauftrag vom 12.11.2007 zur Frage der sekundären Fehlbelegung hindert also die Klägerin nicht, im vorliegenden Rechtsstreit auch die Frage der primären Fehlbelegung wieder aufzugreifen, und der MDK darf die Behandlungsdokumentation auch im Hinblick auf eine etwaige primäre Fehlbelegung auswerten und ggf die frühere, allein nach den übermittelten Daten ([§ 301 SGB V](#)) getroffene Einschätzung korrigieren, die stationäre Versorgung sei vertretbar gewesen.

31

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 1 VwGO](#). Als unterlegener Beteiligter hat der Beklagte die Kosten des Verfahrens zu tragen.

32

6. Die Festsetzung des Streitwerts für das Revisionsverfahren folgt aus [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2, § 44, § 52 Abs 1](#) und 3, [§ 47 Abs 1 GKG, § 44 GKG](#) regelt die Streitwertfestsetzung bei Stufenklagen: "Wird mit der Klage auf Rechnungslegung oder auf Vorlegung eines Vermögensverzeichnisses oder auf Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung die Klage auf Herausgabe desjenigen verbunden, was der Beklagte aus dem zugrunde liegenden Rechtsverhältnis schuldet, ist für die Wertberechnung nur einer der verbundenen Ansprüche, und zwar der höhere, maßgebend". Dabei ist gemäß [§ 40 GKG](#) für die Wertberechnung der Zeitpunkt der den jeweiligen Streitgegenstand betreffenden Antragstellung maßgebend, die den Rechtszug einleitet. Dementsprechend hat das SG den Streitwert für die Stufenklage mit Blick auf den sich bei primärer Fehlbelegung ergebenden maximalen Erstattungsanspruch in Höhe von 1838,81 Euro festgesetzt. Da das SG in der Sache aber nur über den zunächst gestellten Antrag auf Herausgabe der Behandlungsdokumentation entschieden hat, war für die Streitwertbemessung im Berufungsverfahren und nachfolgend im Revisionsverfahren abweichend von [§ 44 GKG](#) nicht der Erstattungsanspruch, sondern lediglich der Herausgabebanspruch maßgebend, weil dieser in zweiter und dritter Instanz den alleinigen Streitgegenstand bildete ([§ 40 GKG](#)). Der Streitwert für die Herausgabeklage kann im Rechtsmittelverfahren auf den vollen Wert des im Raume stehenden Erstattungsanspruchs festgesetzt werden, wenn einerseits dessen Bezifferung und Durchsetzung ohne die sich aus den Behandlungsunterlagen ergebenden Daten schlechthin nicht möglich ist, andererseits aber die Herausgabeklage erstinstanzlich erfolglos geblieben ist, sodass im Falle der Rechtskraft dieser Entscheidung feststeht, dass der denkbare Erstattungsanspruch nicht begründbar und damit nicht durchsetzbar ist (OLG Frankfurt [MDR 1987, 509](#); Hartmann, Kostengesetz, 44. Aufl 2014, GKG Anhang I § 48 [[§ 3 ZPO](#)], RdNr 108). Da das LSG die Berufung der Klägerin gegen das die Herausgabeklage abweisende Urteil des SG zurückgewiesen hat, war es daher sachgerecht, den Streitwert für das Berufungsverfahren auf 1838,81 Euro also in Höhe des potenziellen Erstattungsanspruchs bei erwiesener primärer Fehlbelegung festzusetzen, wie es im Beschluss des LSG vom 31.1.2013 geschehen ist. Da der Streitgegenstand des Revisionsverfahrens jenem des Berufungsverfahrens entspricht und der Revisionsantrag der Klägerin der uneingeschränkten Durchsetzung ihres Herausgabebegehrens dient, musste der Streitwert für das Revisionsverfahren ebenfalls auf 1838,81 Euro festgesetzt werden.

33

Der Festsetzung des Streitwerts in Höhe des höchstmöglichen Erstattungsanspruchs steht nicht entgegen, dass dem Beklagten im Falle der primären Fehlbelegung möglicherweise ein Vergütungsanspruch für die Behandlung zustehen könnte, wie er beim ambulanten Operieren entstanden wäre. Dies setzt allerdings voraus, dass das Krankenhaus zum ambulanten Operieren zugelassen gewesen ist, was eine entsprechende Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss erfordert ([§ 115b Abs 2 Satz 1](#) und 2 SGB V). Ob eine derartige Zulassung besteht, ist bisher nicht festgestellt. Außerdem müsste das Krankenhaus die ambulante Operation neu abrechnen. Daher ist eine Verringerung des Streitwerts für die Revision über die Herausgabeklage nicht angebracht.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2015-04-21