




recherchiert von: **Thomas Rehm** am 06.06.2012

<b>Anmerkung zu:</b>	SG Hamburg 6. Kammer, Urteil vom 25.07.2011 - S 6 KR 151/11	<b>Quelle:</b>	
<b>Autor:</b>	Thomas K. Rehm, LL.M., RA	<b>Normen:</b>	Art 103 GG, § 39 SGB 5, § 275 SGB 5
<b>Erscheinungsdatum:</b>	10.02.2012	<b>Fundstelle:</b>	jurisPR-SozR 3/2012 Anm. 4
		<b>Herausgeber:</b>	Prof. Dr. Thomas Voelzke, Vors. Ri-BSG Prof. Dr. Rainer Schlegel, Ministerialdirektor, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

**MDK einschalten oder nicht?**

**Leitsatz**

**Die Ausschlusswirkung des § 275 Abs. 1c SGB V beschränkt sich auf Umstände, die einer Überprüfung durch den MDK zugänglich sind.**

**A. Problemstellung**

Inwieweit gilt gem. § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V eine Präklusion im Sozialgerichtsverfahren?

**B. Inhalt und Gegenstand der Entscheidung**

Beim SG Hamburg verfolgte eine Klinik ihre Vergütungsforderung gegen eine Krankenkasse. Die Klageparteien stritten darüber, ob die abgerechnete Behandlung einer Versicherten als stationär anzusehen war. Die Versicherte wurde mit starken, kolikartigen Schmerzen im Bereich der rechten Niere am 30.10.2010 um 23:26 Uhr in die Klinik gebracht; es bestand Verdacht auf einen obstruierenden Harnleiterstein. Die Behandlungsdokumentation verzeichnet Einträge vom 31.10.2010 für 02:00 Uhr und 07:00 Uhr sowie eine Ultraschalluntersuchung und eine Computertomografie. Entlassen wurde die Versicherte an demselben Tag um 18:49 Uhr. Die Klinik rechnete dafür 603,74 Euro ab.

Die Krankenkasse verweigerte eine Zahlung mit der Begründung, es habe keine vollstationäre Behandlung vorgelegen, da die Versicherte nicht mindestens 24 Stunden im Krankenhaus behandelt worden sei. Der MDK wurde nicht eingeschaltet.

Daraufhin erhob die Klinik Klage und brachte u.a. vor, dass wegen § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V eine inhaltliche Überprüfung ihrer Rechnung ausgeschlossen sei.

Das SG Hamburg weist dieses klägerische Vorbringen mit guten Argumenten zurück: Zwar nimmt auch das Sozialgericht an, dass § 275 Abs. 1c SGB V eine Präklusionswirkung entfaltet. Unter Verweis auf das BVerfG (Beschl. v. 30.01.1985 - 1 BvR 99/84) sei diese allerdings als Ausnahmevorschrift eng auszulegen. Dazu gehöre, dass sich eine Präklusion nur auf Sachverhaltsermittlung erstrecken kann, nicht aber auf rechtliche Würdigung bereits ermittelter Sachverhalte. Entsprechend beziehe sich § 275 Abs. 1c SGB V nur auf Überprüfungen durch den MDK und daher auch nur auf Umstände, die medizinischem Sachverstand zugänglich sind. „Erst recht“ hätte es für eine weiter reichende Präklusion einer eindeutigeren Regelung bedurft, um den sozialgerichtlichen Amtsermittlungsgrundsatz gem. Art. 103 GG sowie andere Grundsätze aufzuheben.

Dennoch gibt das Gericht der Klage statt (dazu unter E.).

### **C. Kontext der Entscheidung**

Das SG Hamburg nimmt innerhalb der uneinheitlichen Rechtsprechung zu § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V eine vermittelnde Position ein.

Die Entscheidung betont, dass es neben medizinischer Prüfung der Erforderlichkeit stationärer Behandlung gemäß § 39 SGB V auch rechtliche Prüfungen – hier die Klärung, ob tatsächlich stationär behandelt wurde – geben kann. Für solche Prüfungen ist der MDK nicht zuständig und § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V nicht einschlägig. Eine Präklusion kann die Regelung insoweit nicht begründen.

Weiter proklamiert das SG Hamburg mit verfassungsrechtlicher Referenz, dass sich die Sozialgerichtsbarkeit nicht auf eine weitreichende Präklusion berufen kann und damit gerichtliche Ermittlungen obsolet werden. Allerdings schränkt es diese richtige Position ein, indem es sich der Auffassung des SG Darmstadt (Urt. v. 20.05.2010 - S 18 KR 344/08) im Übrigen anschließt, nach der die Präklusion auch von den Sozialgerichten von Amts wegen zu berücksichtigen sei.

Insoweit ist das SG Braunschweig (Urt. v. 07.09.2010 - S 40 KR 504/07 sowie Urt. v. 07.09.2010 - S 40 KR 532/07) konsequenter. Es entnimmt § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V grundsätzlich keine Präklusion, die für die Sozialgerichtsbarkeit gelten würde. Allerdings ist die letztgenannte Entscheidung in der Berufung aufgehoben worden (LSG Niedersachsen-Bremen, Urt. v. 13.07.2011 - L 1 KR 501/10). Soweit ersichtlich, ist dies die erste landessozialgerichtliche Entscheidung, die sich zentral mit § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V auseinandersetzt.

Darin wird die Regelung nach Wortlaut, Gesetzesbegründung, Systematik sowie Sinn und Zweck ausgelegt. Unter anderem verweist das LSG Niedersachsen/Bremen auch auf die o.g. Entscheidung des SG Darmstadt. Diese führt aus, dass die Vorschrift bezweckt, eine missbräuchliche Verzögerung des Rechnungsprüfungsverfahrens zu Lasten des Krankenhauses zu verhindern. Der Gesetzeszweck würde konterkariert, wenn sich die Krankenkasse durch Klageeinreichung über die im vorgerichtlichen Verfahren eingetretene Präklusion hinwegsetzen könnte. Eine solche Beschränkung der Präklusionswirkung wäre auch rechtspolitisch nicht erklärlich, weil sie die Belastung der Gerichte weiter verstärken würde und die Bemühungen der Beteiligten, außergerichtliche Lösungen für Konflikte zu finden, verringern könnte.

Diese Argumentation entkräftet allerdings nicht die überzeugenden Ausführungen des SG Braunschweig (a.a.O.), das ebenfalls den Gesetzeszweck, aber zutreffend heranzieht: Interpretationen, die Präklusion gelte auch im Klageverfahren, würden dem gesetzgeberischen Willen zuwiderlaufen, die Krankenhäuser von übermäßig vielen MDK-Prüfungen freizuhalten. Die Krankenhäuser könnten Nachfragen der Krankenkassen ... unbeantwortet lassen und sich nach sechs Wochen ... auf den Einwendungsausschluss berufen. Die Krankenkassen müssten dann, um keine prozessualen Rechtsverluste zu erleiden, auch in allen Fällen, in denen ihrer Ansicht nach einvernehmlich zu klärende Missverständnisse oder Eingabefehler vorlägen oder die Sachlage auch ohne MDK-Beratung eindeutig sei, diesen umgehend mit einer Prüfung beauftragen.

Zudem ist der Wortlaut des § 275 Abs. 1c SGB V gerade nicht eindeutig: Weitergehende Sanktionen sieht das Gesetz nicht vor. Insbesondere ist nirgendwo bestimmt, dass es sich bei der Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V um eine (auch vom Gericht zu beachtende) Einwendungsausschlussfrist handelt (SG Braunschweig, a.a.O.).

Das SG Hamburg hat diesen Meinungsstreit differenziert und um die verfassungsrechtliche Komponente bereichert.

In der Revision der angesprochenen Entscheidung des LSG Niedersachsen-Bremen wird nun das BSG (B 3 KR 14/11 R) die Argumente der uneinheitlichen Rechtsprechung werten und eine Leitentscheidung treffen.

### **D. Auswirkungen für die Praxis**

Die Entscheidung bringt wertvolle Argumente in den Meinungsstreit ein. Die zentrale Rechtsfrage, ob eine Präklusion durch § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V auch für die Sozialgerichtsbarkeit gilt, wird das BSG verneinen müssen oder bessere Argumente finden. Da diese Entscheidung sicher noch einige Monate auf sich warten lassen wird, ist die Rechtslage bis dahin ungeklärt.

Im Hinblick auf das nunmehr anhängige BSG-Verfahren sind kaum weitere Entscheidungen über die Rechtsfrage zu erwarten. Anhängige Klagen sollten ruhend gestellt werden.

Vorgerichtlich ist den Krankenkassen – gerade wegen der uneinheitlichen Rechtsprechung – zu empfehlen, den MDK bei jedem Zweifel an einer Abrechnung binnen sechs Wochen seine Prüfung anzeigen zu lassen, allein schon, um Auskunft über die Behandlungsdokumentation zu erhalten, die auch für rechtliche Bewertungen von Relevanz ist.

#### **E. Weitere Themenschwerpunkte der Entscheidung**

Das SG Hamburg bejaht eine vollstationäre Behandlung, weil die Versicherte eine für eine Krankenhausbehandlung typische intensive, aktive und fortdauernde ärztliche Betreuung erfahren habe. Es seien fortdauernde Untersuchungen erforderlich gewesen, wie sie in der Tat auch vorgenommen worden seien. Die starken Schmerzen erforderten eine fortdauernde symptombezogene Behandlung, weiterhin erscheine es dem Gericht auch nachvollziehbar, dass die Ärzte der Klägerin von der Notwendigkeit einer weiteren Beobachtung der Versicherten ausgegangen sind.

Diese Auffassung erscheint im Ergebnis vertretbar, ist aber kritisch zu bewerten, weil das SG Hamburg dafür keinen dokumentierten Behandlungsplan heranzieht.

Nach gefestigter Rechtsprechung des BSG ist dieser entscheidend. Eine Abgrenzungsschwierigkeiten weitestgehend vermeidende Definition von vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung kann nur vom Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer ausgehen. Eine vollstationäre Behandlung im Sinne einer physischen und organisatorischen Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses ist dann gegeben, wenn sie sich nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt (BSG, Urt. v. 17.03.2005 - B 3 KR 11/04 R, mit Verweis auf BSG, Urt. v. 08.09.2004 - B 6 KA 14/03 R, sowie Quaas/Dietz „Vollstationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung durch das Krankenhaus?, f&w 2004, 513, 515; Trefz, SGB 2005, 46, 47).

© juris GmbH