



Siehe auch: Urteil des 1. Senats vom 13.11.2012 - B 1 KR 24/11 R -, Urteil des 3. Senats vom 22.4.2009 - B 3 KR 24/07 R -, Urteil des 3. Senats vom 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R -

Bundessozialgericht



BUNDESSOZIALGERICHT - Pressestelle -
Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel
Tel. (0561) 3107-1, Durchwahl -460, Fax -474
e-mail: pressestelle@bsg.bund.de
Internet: <http://www.bundessozialgericht.de>

Kassel, den 16. Mai 2013

Terminbericht Nr. 23/13 (zur Terminvorschau Nr. 23/13)

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts berichtet über seine Sitzung vom 16. Mai 2013 wie folgt:

1) Der Senat hat die Revision des klagenden Krankenhauses zurückgewiesen, obwohl die beklagte Krankenkasse das Verfahren zur Rechnungsprüfung in doppelter Hinsicht verletzt hat und die klageabweisenden Urteile der Vorinstanzen in wesentlichen Punkten falsch sind: Eine Rechnungsprüfung nach § 275 Abs 1 Nr 1, 2. Alt SGB V ist grundsätzlich nur zulässig, wenn sich Auffälligkeiten ergeben, die die Krankenkasse von sich aus oder ohne weitere Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den MDK nicht klären kann (vgl BSG, U. v. 13.11.2012 - B 1 KR 24/11 R - RdNr 18 mwN). Solche Auffälligkeiten hat die Beklagte hier nicht benannt; ihre Behauptung, die Operation hätte schon am Aufnahmetag durchgeführt werden können, hat sie nicht belegt. Das Schreiben vom 22.12.2006 deutet vielmehr darauf hin, dass es sich um eine routinemäßige Abfrage gehandelt hat mit dem Ziel, die Dauer der Krankenhausbehandlung zu verkürzen und somit die sog "Untere Grenzverweildauer" (uGVD) zwecks Kostenreduzierung zu unterschreiten. Die Rechnungsprüfung hätte demnach gar nicht durchgeführt werden dürfen (BSG, U. v. 13.12.2012 aaO). Die Beklagte hat zudem das dreistufige Prüfverfahren (vgl BSG, U. v. 22.4.2009 - B 3 KR 24/07 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 18 RdNr 24 ff) verletzt, indem sie die Klägerin wiederholt zur Angabe medizinischer Gründe bzw zur Vorlage medizinischer Unterlagen an den MDK aufgefordert hat. Eine solche Verlagerung der gesetzlichen Obliegenheiten ist unzulässig; nach § 275 Abs 1 sind die Krankenkassen - vom Ausnahmefall des § 301 Abs 1 Satz 1 Nr 3 SGB V abgesehen - grundsätzlich verpflichtet, bei medizinischen Fragestellungen den MDK einzuschalten. Dies hat auch das LSG verkannt, weil es sowohl eine im Gesetz nicht vorgesehene Ausnahme von dieser Verpflichtung statuiert - "dürfte diese Verlagerung des Prüfverfahrens auf den MDK unpraktikabel sein" - und sich zudem nicht an die Vorgaben des dreistufigen Prüfverfahrens (BSG, U. v. 22.4.2009 aaO) gehalten hat.

Der Senat hat die Revision trotzdem zurückgewiesen, weil das LSG auf der Grundlage der erstinstanzlich eingeholten Stellungnahme des MDK festgestellt hat, dass eine stationäre Behandlung schon am 20.11.2006 nicht erforderlich gewesen ist; dem hat die Klägerin selbst im Revisionsverfahren nicht widersprochen. Es bestand auch - anders als in dem vom Senat zu § 275 Abs 1c Satz 2 SGB V entschiedenen Fall (BSG, U. v. 16.5.2012 - B 3 KR 14/11 R) - kein Beweisverwertungsverbot, weil der Beklagten kein so gravierendes Fehlverhalten vorzuwerfen ist, dass die gewonnenen Erkenntnisse nicht mehr hätten verwertet werden dürfen (wie zB in den sog "Berliner Fällen" -- BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2). Etwas anderes könnte aber gelten, wenn die Krankenkasse systematisch und ohne konkreten Anlass Behandlungsfälle an der uGVD geprüft hätte; dies würde den Verdacht nahelegen, dass es sich um reine Prüfungen zum Zwecke der Kostenreduzierung handelt. Denn eine Krankenhausbehandlung ist nicht allein deshalb "auffällig", weil sie sich zeitlich innerhalb der uGVD hält. Ein solcher Fall war hier indes nicht feststellbar.

SG Halle - S 17 KR 71/07 -
LSG Sachsen-Anhalt - L 4 KR 17/11 -
Bundessozialgericht - B 3 KR 32/12 R -