

L 2 KR 57/11
S 23 KR 236/11



Verkündet am 21.03.2012


VOLK

als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

LANDESSOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]

- Klägers und Berufungsbeklagten -

Prozessbevollmächtigte:

[REDACTED]

g e g e n

[REDACTED]

- Beklagte und Berufungsklägerin -

hat der 2. Senat des Landessozialgerichts für das Saarland
auf die mündliche Verhandlung vom 21. März 2012 durch

den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht Betz,
die Richter am Landessozialgericht Rauch und Kirchgörscher
sowie die ehrenamtlichen Richter Wälder und Lemanski

für Recht erkannt:

Die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 28.04.2011 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung einer Krankenhausbehandlung.

Der Kläger ist Träger eines zur Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassenen Krankenhauses in [REDACTED]. Vom 25.09. bis 01.10.2009 wurde die bei der Beklagten krankenversicherte [REDACTED] im Krankenhaus des Klägers stationär behandelt. Mit Rechnung vom 02.10.2009 stellte der Kläger dafür insgesamt 4.012,97 Euro in Rechnung. Abgerechnet wurde u. a. die DRG F62B (Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC [Komplikationen oder Komorbiditäten], ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplizierende Diagnose).

Die Beklagte zahlte am 07.10.2009 zunächst den gesamten Rechnungsbetrag und bat mit Schreiben vom selben Tag um eine medizinische Begründung entsprechend der landesvertraglichen Vorgaben, da die übermittelten Daten eine zweifelsfreie Beurteilung zur Frage, ob die angegebene Hauptdiagnose der DRG-Abrechnung zur Grunde zu legen sei, nicht zulasse. Als Begründung gab der

Kläger daraufhin an: „HD korrekt stat. Aufnahme wegen Li-kardialer dekompensation“.

Mit Schreiben vom 21.10.2009 teilte der sozialmedizinische Dienst (SMD) dem Kläger mit, dass er mit der Überprüfung des Abrechnungsfalles beauftragt sei. Nachdem der Kläger den Krankenhausentlassungsbericht übersandt hatte (Schreiben vom 22.10.2009), gab der SMD am 22.04.2010 folgende Stellungnahme ab:

„Krankenhausseitig ermittelte DRG F62B.

Hauptdiagnose ist nicht zu beanstanden. Dem vorliegenden Entlassungsbrief ist zu entnehmen, dass bei der Patientin ein bronchopulmonaler Infekt vorlag und mit Unacid therapiert wurde. Laut Alphabetischem ICD-Verzeichnis 2009 ist ein bronchopulmonaler Infekt mit ICD J22 anzugeben, somit ist die abgerechnete ICD J20.9 gegen J22 auszutauschen. Die Nebendiagnose K92.2 (gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet) ist nicht belegt. Die in der Neurologischen Ambulanz aufgetretenen Hämatinauflagerungen bei Husten und Erbrechen sind unseres Erachtens auf den bronchopulmonalen Infekt zurückzuführen. Es gab keine Hinweise auf gastrointestinale Blutung, der Hb-Wert blieb stabil, bei „Ermangelung nachgewiesener Blutungszeichen“ wurde auf eine ÖGD verzichtet. Somit ist die in der Neurologischen Ambulanz aufgetretene Hämoptyse mit ICD R04.2 anzugeben, die ICD K92.2 ist zu streichen. Unter Beibehaltung der Hauptdiagnose, Austausch der ICD J20.9 gegen J22, Wegfall der ICD K92.2, zusätzliche Nebendiagnosenzuweisung mit R04.2, Beibehaltung der weiteren Nebendiagnosen wird der stationäre Aufenthalt durch die DRG F62C abgebildet.“

Die Beklagte rechnete daraufhin am 04.05.2010 gegenüber einer unstreitigen Forderung des Klägers einen Betrag in Höhe von 1.296,86 Euro (4.012,97 abzüglich des sich auf Grundlage der Stellungnahmen des SMD ergebenden Zahlbetrages in Höhe von 2.716,11 Euro) auf.

Mit Schreiben vom 06.05.2010 rügte der Kläger, dass der SMD seine Bedenken nicht gegenüber dem leitenden Abteilungsarzt bzw. dessen Stellvertreter dargelegt und mit diesem erörtert habe. Zudem verwies der Kläger darauf, dass die Ärzte seines Medizincontrollings wie folgt Stellung genommen hätten: *„Beanstandet wurden die von uns kodierte Nebendiagnosen J20.9 und K92.2, die nicht korrekt bzw. nicht belegt seien. Hierzu ist anzuführen, dass das Vorliegen von eitrigem Auswurf und Husten dokumentiert ist, anhand der vorliegenden Röntgenaufnahme jedoch kein Infiltrat zu identifizieren war. Antibiotisch wurde behandelt, bei fehlender Zuordnung zu pulmonalen Strukturen ist hiermit von einer eitrigem Bronchitis auszugehen. Zur „gastro-intestinalen Blutung“ ist anzumerken, dass die notfallmäßige Klinikaufnahme zunächst über die neurologische Klinik erfolgte, die Weiterverlegung dann aber aufgrund verifizierter „Hämatinauflagerungen“ in die innere Notfallaufnahme veranlasst wurde. Bei einmaligem Ereignis, nicht bedrohlicher Situation wie z. B. Hb-Abfall, der allerdings erst bei erheblichen Blutverlusten und auch dann erst verzögert eintritt, sah man bei deutlich fortgeschrittenem Lebensalter der Patientin von einer weitergehenden invasiven Diagnostik ab. Die Kodierfähigkeit der K92.2 hängt nicht von dem Ausmaß des Ereignisses ab, d. h. eine Hb-Wirksamkeit ist keinesfalls vorauszusetzen. Die SMD-seitig gewünschte „Hämoptyse“ können wir keinesfalls akzeptieren, da eine Blutung aus den oberen Luftwegen nicht dokumentiert wurde. Zusammenfassend bestehen wir auf die Akzeptanz der unsererseits vorgelegten Kodierung, die unseres Erachtens sachgerecht und DKR-konform erfolgte.“*

Auf Anforderung des SMD vom 27.05.2010 übersandte der Kläger noch am selben Tag zahlreiche medizinische Unterlagen.

Am 24.06.2010 gab der SMD folgende Stellungnahmen ab:

„Krankenhausseitig ermittelte DRG F62B. Im Entlassungsbrief wurde als Nebendiagnose ein bronchopulmonaler Infekt (Therapie mit Unacid) dokumentiert.

Der bronchopulmonale Infekt ist mit ICD J22 zu verschlüsseln und nicht wie krankenhausesseitig abgerechnet mit ICD J20.9. Des Weiteren wurde unsererseits zu dem damaligen Zeitpunkt bei fehlender DRG-Relevanz auf die Diskussion der weiteren Nebendiagnosen verzichtet. Bei ausgeprägten mikroangiopathischen zerebralen Veränderungen ist von einem sekundären Parkinson-Syndrom auszugehen, somit ist die ICD G20.00 gegen ICD G21.9 auszutauschen, was in die DRG F62C führt.“

Auf ein weiteres Schreiben vom 07.07.2010 erhielt der Kläger keine Antwort mehr.

Der Kläger hat am 09.02.2011 Klage erhoben. Er hat vorgetragen, die kodierten Nebendiagnosen J20.9 und K92.2 seien korrekt. Aus der Behandlungsdokumentation ergebe sich, dass bei der Patientin eitriges Husten und Auswurf dokumentiert sei, auf den Röntgenaufnahmen allerdings kein Infiltrat zu erkennen gewesen sei, so dass von einer eitrigen Bronchitis auszugehen gewesen sei, die antibiotisch behandelt worden sei. Die Codierung der Nebendiagnose J20.9 sei daher korrekt. Auch die Nebendiagnose K92.2 sei korrekt. Es sei darauf hinzuweisen, dass aufgrund der nachgewiesenen Hämatinauflagerungen eine Verlegung der Patientin in die innere Notaufnahme erfolgt sei. Dabei sei für die Codierung der Nebendiagnose nicht Voraussetzung, dass es sich um ein besonders gravierendes Ereignis handle, bei dem eine Hb-Wirksamkeit vorgelegen habe. Vielmehr sei die vom SMD vorgeschlagene Nebendiagnose einer Hämoptyse abwegig, weil eine Blutung aus den oberen Luftwegen nicht vorgelegen habe. Auch die Codierung der Diagnose G20.00 sei korrekt erfolgt. Bei der notfallmäßigen Aufnahme der Patientin sei ein CT erfolgt, das mikroangiopathische zerebrale Veränderungen ergeben habe, ohne dass sich Anzeichen für eine sekundäre Parkinson-Form ergeben hätten. Im Übrigen könnten die Einwendungen der Beklagten gegen die streitgegenständliche Abrechnung dahinstehen, weil die Beklagte aufgrund der überlangen Dauer des Prüfverfahrens mit medizinischen Einwendungen gegen die Abrechnung ausgeschlossen gewesen sei. Vorliegend habe das Prüfungsverfahren bis zur ersten Stellungnahme des SMD über 6 Monate gedauert. Dies sei unter keinen

Umständen mehr zeitnah im Sinne des § 275 Abs. 1c Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), so dass die Beklagte mit Einwendungen gegen die streitgegenständliche Abrechnung ausgeschlossen sei.

Mit Gerichtsbescheid vom 28.04.2011 hat das Sozialgericht für das Saarland (SG) die Beklagte verurteilt, an den Kläger 1.296,86 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 04.05.2010 zu zahlen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Aufrechnung sei treuwidrig gewesen, da die Beklagte zu der vorgenommenen Rechnungskorrektur bezüglich der streitgegenständlichen Nebendiagnosen nicht mehr berechtigt gewesen sei. Eine (zumindest vorläufig) abschließende Überprüfung eines Leistungsfalles erst nach über 6 Monaten nach Einleitung des Prüfverfahrens sei nach Auffassung der Kammer unzulässig. Die Beklagte habe keinerlei Gründe vorgetragen, warum die Überprüfung im vorliegenden Fall erst nach so langem Zeitablauf erfolgt sei. Es sei auch nicht erkennbar, dass die Beklagte in irgendeiner Form den SMD angehalten habe, den Prüfauftrag in einer akzeptablen Zeit durchzuführen. Die Beklagte könne sich auch nicht darauf berufen, es sei treuwidrig, wenn nach der Vorlage der Stellungnahme des SMD der Kläger sich gegen die Richtigkeit dieser Stellungnahme wende und sich anschließend darauf berufe, die Beklagte sei mit Einwendungen ausgeschlossen. Es sei nicht nur das Recht eines Krankenhauses, sich gegen solche Stellungnahmen des SMD, die zu einer Rechnungskürzung führten, zu wenden, sondern es müsse auch im Interesse der Krankenkasse sein, sich aufgrund gegebenenfalls weiterer medizinischer Unterlagen und Argumente des Krankenhauses noch einmal mit der Richtigkeit der Abrechnung auseinanderzusetzen, bevor es wegen der Abrechnung zu einem gerichtlichen Verfahren komme. Im Übrigen werde darauf hingewiesen, dass eine langwierige schriftliche Auseinandersetzung über den Abrechnungsfall hätte vermieden werden können, wenn die Überprüfung zeitnah vor Ort, also im Krankenhaus des Klägers, erfolgt wäre. Jedenfalls habe der Umstand der Stellungnahme des Klägers gegen die Einwendungen des SMD nichts damit zu tun, dass bereits zu diesem Zeitpunkt das Prüfungsverfahren nicht zeitnah durchgeführt worden sei.

Gegen den ihr am 03.05.2011 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 03.06.2011 Berufung eingelegt.

Zur Begründung trägt sie vor, dass SG gehe rechtsirrig davon aus, dass eine Prüfung innerhalb von 6 Monaten nicht mehr zeitnah im Sinne des § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V sei. Vorliegend habe auf das noch präsente Wissen der behandelnden Ärzte gerade nicht zurückgegriffen werden müssen, da die Beteiligten sich lediglich um die Abrechnung eines unstrittigen Sachverhaltes stritten. Eine Beweisschwierigkeit könne sich für den Kläger hieraus nicht ergeben. Dass bei der Patientin ein bronchopulmonaler Infekt vorgelegen habe, sei bereits dem Entlassungsbericht zu entnehmen. Der bronchopulmonale Infekt sei mit der ICD-Ziffer J22 zu verschlüsseln und nicht, wie vom Kläger abgerechnet, mit der ICD-Ziffer J20.9. Die Bewertung der Abrechnung lasse sich daher allein aus den übersandten Unterlagen ermitteln. Auf die Erinnerung der behandelnden Ärzte komme es gerade nicht an. Zudem könne ihr die Verfahrensdauer beim SMD nicht zugerechnet werden. Selbst wenn ein ihr zurechenbarer Verstoß vorläge, sei damit kein Ausschluss des Rückforderungsanspruchs verbunden. Der Gesetzgeber habe keine Konsequenzen für den Fall normiert, dass das Prüfverfahren entweder nicht zeitnah eingeleitet oder durchgeführt werde. Darüber hinaus könne die materiell-rechtliche Vorschrift des § 275 Abs. 1c SGB V ohnehin nicht die sich aus § 103 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ergebende Untersuchungsmaxime einschränken. Das Prüfverfahren nach § 275 SGB V sei ein dem sozialgerichtlichen Verfahren vorgeschaltetes gesondertes Verwaltungsverfahren und somit strikt vom gerichtlichen Verfahren zu trennen. Selbst wenn man einen Einwendungsausschluss annehmen würde, könnte sich dieser allenfalls auf das in § 275 SGB V normierte Prüfverfahren erstrecken. Im Übrigen verhalte sich der Kläger treuwidrig, wenn er sich zunächst mit ihren Einwendungen auseinandersetze, d. h. das Prüfverfahren weiter antreibe und dadurch weitere Kosten verursache, und erst im Nachhinein einwende, sie sei mit ihren Einwendungen ausgeschlossen.

In der mündlichen Verhandlung hat der Kläger seine Klage hinsichtlich des Zinsanspruchs für den 04.05.2010 zurückgenommen.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 28.04.2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verteidigt den angefochtenen Gerichtsbescheid und trägt ergänzend vor, es würde seinen behandelnden Ärzten nach einer Prüfungsdauer von über 6 Monaten erheblich schwerer fallen, auf konkrete Einwendungen des SMD zu reagieren, insbesondere weil die behandelnden Ärzte selbstverständlich keine konkreten Erinnerungen an den Behandlungsfall mehr hätten. Die konkreten Umstände des Behandlungsfalles und damit auch die „anschauliche Erinnerung des behandelnden Arztes“ könnten für die Codierung der Nebendiagnose entscheidend sein. Insoweit unterschieden sich Fragen der Codierung der Nebendiagnose im Ergebnis nicht von den Bewertungen des Behandlungsfalls im Rahmen der Prüfung der Notwendigkeit und der Dauer der stationären Krankenhausbehandlung. Dies zeige gerade der streitgegenständliche Behandlungsfall, bei dem es letztlich um die Bewertung gehe, ob bestimmte Symptome (hier Husten und Erbrechen) auf den ebenfalls diagnostizierten bronchopulmonalen Infekt zurückzuführen gewesen seien oder eine eitrige Bronchitis darstellten. Für diese Bewertung des streitgegenständlichen Behandlungsfalls könne die konkrete Erinnerung des behandelnden Arztes selbstverständlich relevant sein. Ferner könne ihm nicht zugemutet werden, über

längere Zeiträume für eventuelle Rückforderungen aus nicht abgeschlossenen Prüfungsverfahren Rückstellungen zu bilden und damit finanzielle Mittel zu binden, um Rechnungskorrekturen außerhalb des Haushaltsjahres finanzieren zu können. Gerade dieser Problematik habe der Gesetzgeber nach der amtlichen Begründung des § 275 Abs. 1c SGB V durch eine gesetzliche Klarstellung begegnen wollen, die sich nicht allein auf die rechtzeitige Einleitung, sondern auf die zeitnahe Durchführung des Überprüfungsverfahrens beziehe.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten; der Inhalt der Beiakten war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Nachdem der Kläger seine Klage hinsichtlich des Zinsanspruchs für den 04.05.2010 zurückgenommen hat, ist Streitgegenstand nur noch der Anspruch auf Zahlung von 1.296,86 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 05.05.2010. Insoweit ist die zulässige Berufung der Beklagten unbegründet.

Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig, weil es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (BSG, Urteil vom 30.06.2009 – B 1 KR 24/08 R Rdnr. 12 m.w.N.). Der Kläger hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

Zu Recht hat das SG entschieden, dass die Beklagte keine öffentlich-rechtliche Erstattungsforderung in Höhe von 1.296,86 Euro hat, mit der sie gegenüber einer unstreitigen Forderung des Klägers analog §§ 387 ff. Bürgerliches Gesetzbuch

(BGB; vgl. BSG a. a. O., Rdnr. 11) hätte aufrechnen können. Denn der Kläger durfte für die stationäre Behandlung vom 25.09. bis 01.10.2009 4.012,97 Euro und nicht lediglich 2.716,11 Euro abrechnen.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs für diese Behandlung ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i. V. m. § 7 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Anlage 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2009 (Fallpauschalenvereinbarung 2009 – FPV 2009) sowie der Krankenhausbehandlungsvertrag (KBV) für das Saarland nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V.

Der Kläger hat für die Krankenhausbehandlung korrekt die DRG F62B abgerechnet. Die vom Kläger angenommene Hauptdiagnose hat die Beklagte bzw. ihr SMD ausdrücklich nicht beanstandet. Als Nebendiagnosen hat der Kläger ICD J20.9, ICD K92.2 und ICD G20.00 abgerechnet. Dass unter Zugrundelegung dieser Diagnosen die DRG F62B angesteuert wird, wird von der Beklagten nicht bestritten. Die Beklagte wendet vielmehr ein, dass die ICD J20.9 gegen die ICD J22 und die ICD G20.00 gegen die ICD 21.9 auszutauschen sei sowie die ICD K92.2 wegfalle, was bei einer zusätzlichen Nebendiagnosenzuweisung mit R04.2 und bei Beibehaltung der weiteren Nebendiagnosen zu der DRG F62C führe. Damit kann die Beklagte jedoch nicht gehört werden. Es liegt ein Verstoß gegen das Gebot der zeitnahen Überprüfung vor (1), der der Beklagten zuzurechnen ist (2) mit der Folge, dass die Beklagte mit ihren vorgebrachten Einwendungen ausgeschlossen ist (3).

1. Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Überprüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung

eine gutachtliche Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V ist eine Prüfung nach Abs. 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen (§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V in der seit dem 01.04.2007 geltenden Fassung). Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens 6 Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen (Satz 2).

Die Beklagte hat zwar innerhalb der 6 Wochenfrist das Prüfverfahren eingeleitet. Die Prüfung selbst wurde jedoch durch den SMD, der für die Beklagte die Aufgaben des MDK wahrnimmt (§ 283 Satz 3 SGB V), nicht zeitnah im Sinne des § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V durchgeführt.

Im Gesetz ist nicht näher bestimmt, was unter „zeitnah“ zu verstehen ist. Dies ist vielmehr durch die Gerichte unter Berücksichtigung des Gesetzeszwecks und der Interessenlage der Beteiligten im Einzelfall zu konkretisieren. In der Gesetzesbegründung (BT-Drucksache 16/3100 zu Nr. 185 (§ 275) zu Buchstabe a, Seite 171) heißt es, von einzelnen Krankenkassen werde die Prüfungsmöglichkeit in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung genutzt. Dies führe zu unnötiger Bürokratie. Für einzelne Kassenarten lägen Hinweise zu Prüfquoten im Rahmen der Einzelfallprüfung in Höhe von 45 % der Krankenhausfälle vor. Dies belaste die Abläufe in den Krankenhäusern teils erheblich, Sorge für zusätzlichen personellen und finanziellen Aufwand, und führe in der Regel zu hohen und nicht gerechtfertigten Außenständen und Liquiditätsproblemen. Eine zeitnahe Prüfung sei nicht immer gewährleistet. Teilweise würden weit zurückliegende Fälle aus Vorjahren geprüft. Dies führe auch zu Unsicherheiten bei Erlösausgleichen und Jahresabschlüssen. Weiter heißt es, nach Satz 1 der Neuregelung sei eine Einzelfallprüfung zeitnah durchzuführen. Dies gelte für sämtliche Schritte der Einleitung durch die Krankenkassen und der Durchführung der Prüfung durch den medizinischen Dienst. Bereits das Bundessozialgericht (BSG vom 13.12.2001, B 3 KR 11/01 R) habe die für eine anschauliche Beurteilung erforderliche zeitnahe Überprüfung

unterstrichen und auf die ansonsten bestehende Gefahr einer sich verschlechternden Beweislage und eines erhöhten Aufwands verwiesen.

Bereits in der Gesetzesbegründung werden die wesentlichen Interessen benannt, die auf Seiten der Krankenhäuser berücksichtigt werden müssen, nämlich insbesondere die Gefahr einer sich verschlechternden Beweislage bei einer nicht zeitnahen Überprüfung, die Vermeidung eines erhöhten Aufwands und die Planungssicherheit (vgl. auch Bayrisches LSG, Urteil vom 04.10.2011 – L 5 KR 14/11 Rdnr. 34, 35).

Andererseits besteht ein berechtigtes Interesse der Krankenkassen daran, nur solche Forderungen der Krankenhäuser begleichen zu müssen, die auch berechtigt sind. Aus diesem Grund ist es anerkannt, dass den Krankenkassen und den Gerichten ein umfassendes Prüfrecht zusteht, das sich insbesondere auch auf medizinische Fragen erstreckt (vgl. nur BSG Großer Senat, Beschluss vom 25.09.2007 – GS 1/06). Aus diesem Grund muss die Frist für die Prüfung so bemessen sein, dass dem SMD bzw. MDK ausreichend Zeit für eine gründliche Prüfung verbleibt.

Im Hinblick auf die Vielzahl der beim Senat anhängigen Verfahren, in denen das SG die Zeitnähe im Sinne des § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V verneint hat (und bei denen auf Seiten der Krankenkassen fast ausschließlich die Beklagte beteiligt ist), sieht sich der Senat veranlasst, den Begriff der Zeitnähe zu konkretisieren. Nach Auffassung des Senats ist eine Prüfung zeitnah im Sinne des § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V, wenn sie innerhalb von 12 Wochen nach Einleitung des Prüfverfahrens abgeschlossen ist; dieser Zeitraum darf nur bei Vorliegen eines zureichenden Grundes überschritten werden.

Der Senat orientiert sich bei der Bemessung der Frist an der in § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V genannte 6-Wochen-Frist für die Einleitung des Prüfverfahrens. Wenn aber vom Gesetz bereits für die Einleitung des Prüfverfahrens eine 6-Wochen-

Frist eingeräumt wird, erscheint es dem Senat angemessen, für die Durchführung des Prüfverfahrens diese Frist zu verdoppeln, also auf 12 Wochen.

Durch diese Frist sind die Interessen des Krankenhauses hinreichend geschützt. Im Regelfall dürfte das Prüfverfahren ca. 4 ½ Monate nach Rechnungsstellung abgeschlossen sein.

Dieser 12-Wochen-Zeitraum ist nach Auffassung des Senats auch ausreichend lang bemessen, um eine ordnungsgemäße Prüfung durch den SMD bzw. MDK zu ermöglichen. Nach einer Umfrage 2008 des DKI (Deutsches Krankenhaus Institut e.V.) Krankenhaus Barometers, an der sich 347 Allgemeinkrankenhäuser in Deutschland ab 50 Betten beteiligten, dauerte es von der Prüfmitteilung des MDK bis zur Prüfentscheidung durchschnittlich 13 Wochen (vgl. Blum/Offermanns/Perner, MDK-Prüfungen – mehr als nur ein Einzelfall, Das Krankenhaus 2009, S. 111, 114). Bei 25 % der Krankenhäuser war die Einzelfallprüfung spätestens in der sechsten Woche nach Prüfmitteilung des MDK abgeschlossen. Bei einem Viertel der Häuser dauerte es hingegen 16 Wochen oder länger. Der Median (Zentralwert; Mittelwert für Verteilungen in der Statistik) lag bei 10 Wochen. Dies zeigt, dass – bei entsprechender personeller und sachlicher Ausstattung des SMD bzw. MDK und bei einem Absehen von ungezielten und übermäßigen Einleitungen von Begutachtungen, wie dies nach der Gesetzesbegründung auch vom Gesetzgeber gewollt ist – innerhalb einer Frist von 12 Wochen im Regelfall eine ordnungsgemäße Überprüfung durch den SMD bzw. MDK durchaus möglich ist. Zudem können Besonderheiten des Einzelfalls dadurch berücksichtigt werden, dass bei Vorliegen eines zureichenden Grundes sich die 12-Wochen-Frist verlängert.

Bezogen auf den vorliegenden Fall bedeutet dies, dass der SMD das Prüfverfahren nicht zeitnah im Sinne des § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V durchgeführt hat. Das Prüfverfahren wurde am 21.10.2009 eingeleitet. Die erste Stellungnahme des SMD datiert vom 22.04.2010, also weit außerhalb der 12-

Wochen-Frist. Ein wichtiger Grund, der diese lange Prüfdauer rechtfertigen würde, ist nicht ersichtlich. Insbesondere hat der Kläger keine Ursache für eine Verzögerung des Prüfverfahrens gesetzt, etwa durch nicht zeitnahe Übersendung von angeforderten Unterlagen. Ebenso ist nicht ersichtlich, dass sich die Prüfung als besonders schwierig und zeitaufwändig dargestellt hätte; die Beklagte trägt selbst vor, dass es sich um einen einfach gelagerten Fall gehandelt habe. Sonstige Gründe, die die lange Prüfdauer rechtfertigen würden, hat die Beklagte nicht genannt.

2. Der Verstoß des SMD gegen das in § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V verankerte Gebot der zeitnahen Prüfung ist auch der Beklagten zuzurechnen.

Der Senat hatte bereits in seinen Urteilen vom 19.01.2005 (L 2 KR 29 und 30/02) entschieden, dass einer Krankenkasse Verstöße des MDK gegen das im Landesvertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V vereinbarte Verfahren zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (KÜV) zuzurechnen seien. Diese Urteile wurden vom BSG (Urteile vom 28.09.2006 – B 3 KR 22 und 23/05 R) aufgehoben und ausgeführt, eine etwaige Pflichtverletzung des MDK müsse sich die Krankenkasse nicht zurechnen lassen. Dabei hat das BSG darauf abgestellt, eine Verschuldenszurechnung analog § 278 BGB sei nicht möglich, weil der MDK bei der ihm obliegenden Prüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nicht im Pflichtenkreis der Krankenkassen, sondern in einem eigenen Pflichtenkreis tätig werde. Der MDK sei zwar eine von den Krankenkassenverbänden im jeweiligen Land gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft. Die an der Arbeitsgemeinschaft als Mitglieder beteiligten Krankenkassenverbände einerseits und die Pflegekassen andererseits seien mit dem MDK als juristischer Person des öffentlichen Rechts nicht organisatorisch oder rechtlich verbunden. Insbesondere bestehe kein allgemeines Aufsichtsrecht der Krankenkassen gegenüber dem MDK oder dessen Mitarbeitern. Der MDK unterliege auch keinem Weisungsrecht der Krankenkassen im Einzelfall, was allein im Übrigen eine Stellung als Erfüllungsgehilfe ebenfalls nicht begründen

würde. In seinem Urteil 22.04.2009 (B 3 KR 24/07 R Rdnr. 26) hat es das BSG jedoch offen gelassen, ob daran festzuhalten sei.

Der Senat muss vorliegend nicht entscheiden, ob ein Verstoß des MDK gegen das Gebot der zeitnahen Prüfung der Krankenkasse zuzurechnen ist. Vorliegend hat nicht der MDK, sondern der SMD gegen dieses Gebot verstoßen. Der SMD unterscheidet sich jedoch in seiner rechtlichen Stellung wesentlich von der des MDK, so dass es gerechtfertigt ist, einen Verstoß des SMD gegen das Gebot der zeitnahen Prüfung der Beklagten zuzurechnen.

Der SMD ist nicht wie der MDK eine eigenständige Körperschaft öffentlichen Rechts, sondern personell und organisatorisch Teil der Beklagten. Er ist der Hauptabteilung der Beklagten zugeordnet und die Arbeitsverträge der Mitarbeiter des SMD schließt die Beklagte. Damit steht auch fest, dass bis auf die Tatsache, dass die Beklagte nicht berechtigt ist, in die ärztliche Behandlung einzugreifen, und die Ärzte des SMD bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen sind (§§ 283 Satz 3, 275 Abs. 5 SGB V), die Beklagte alle arbeitsrechtlichen Möglichkeiten gegenüber den Mitarbeitern des SMD ausüben kann, so unter anderem ihnen auch Weisungen zur Beschleunigung der Verfahren geben kann. Auch ist die Beklagte in ihrer Personalhoheit über den SMD in der Lage, die Anzahl der Mitarbeiter des SMD im Rahmen der arbeitsrechtlichen Möglichkeiten zu verringern oder zu vergrößern. Aus all dem folgt, dass im Gegensatz zum Verhältnis der Krankenkassen zum MDK die Beklagte mittelbar und unmittelbar Einfluss auf die Dauer des Überprüfungsverfahrens im Rahmen der Kontrolle der Krankenhausabrechnungen nach § 275 Abs. 1 SGB V nehmen kann. Ein zögerliches Verhalten des SMD bei der Überprüfung ist ihr daher vollständig zuzurechnen.

3. Der der Beklagten zuzurechnende Verstoß des SMD gegen das Gebot der zeitnahen Überprüfung hat zur Folge, dass die Beklagte mit ihren Einwendungen, der Kläger habe die Nebendiagnosen falsch kodiert, ausgeschlossen ist.

Welche Rechtsfolgen ein Verstoß gegen das Gebot der zeitnahen Überprüfung nach § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V hat, ist im Gesetz nicht geregelt. Zu der 6-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V heißt es in den Gesetzesmaterialien (aaO.), dass durch Satz 2 nach Eingang des Rechnungsdatensatzes bei der Krankenkasse eine Ausschlussfrist von 6 Wochen eingeführt werde, innerhalb derer die Krankenkasse die Prüfung einzuleiten und der medizinische Dienst dem Krankenhaus die Prüfung anzuzeigen habe. Prüfungen, die nach Ablauf dieses Zeitraums dem Krankenhaus angezeigt würden, seien nicht zulässig. Daraus wird in der Rechtsprechung (hier insbesondere LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 13.07.2011 – L 1 KR 501/10; Bayerisches LSG aaO.; siehe auch die Rechtsprechungsübersicht bei SG Berlin, Urteil vom 11.01.2012 – S 36 KR 242/11 Rdnr. 36) ganz überwiegend gefolgert, dass es sich bei der 6-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V um eine auch im Gerichtsverfahren zu beachtende Ausschlussfrist handelt, nach deren Ablauf die Krankenkasse nach Treu und Glauben (§§ 242 BGB, 69 SGB V) mit Einwendungen ausgeschlossen ist. Für den Senat ist kein Grund ersichtlich, warum bei einem Verstoß gegen das Gebot der zeitnahen Prüfung nach § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V etwas anderes gelten sollte (so auch Bayerisches LSG aaO. Rdnr. 39).

Zu der von Amts wegen zu beachtenden Ausschlussfrist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V (6-Wochen-Frist) hat das SG Hamburg (Urteil vom 25.07.2011 – S 6 KR 151/11 Rdnr. 17) ausgeführt, soweit der Vorschrift damit eine Präklusionswirkung zukomme, sei sie als Ausnahmenvorschrift eng auszulegen. Teil dieser engen Auslegung sei insbesondere der allgemeine Grundsatz, dass sich Präklusionswirkung stets nur auf die Sachverhaltsermittlung erstrecken könne, nicht aber die rechtliche Prüfung unter Zugrundelegung des auch bei Eintritt der Präklusionswirkung bereits festgestellten Sachverhalts. Von diesem Grundsatz weiche auch § 275 Abs. 1c SGB V gerade nicht ab, denn die Vorschrift nehme auf eine Überprüfung durch den MDK Bezug und beschränke damit die Ausschlusswirkung im Ergebnis auf solche Umstände, die auch das Gericht nur

nach Heranziehung medizinischen Sachverständes zu klären vermöge. Hinsichtlich dessen, was einer Überprüfung durch den MDK jedoch überhaupt nicht zugänglich sei, könne § 275 Abs. 1c SGB V jedoch auch keine Ausschlusswirkung entfalten. Diesen überzeugenden Ausführungen schließt sich der Senat an und überträgt sie entsprechend auf die Regelung des § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V. Damit setzt sich der Senat nicht in Widerspruch zu seiner eigenen Rechtsprechung. In seinem Urteil vom 19.10.2011 (L 2 KR 55/09) hat der Senat entschieden, dass eine Krankenkasse unter Berücksichtigung der vom BSG (Urteil vom 17.12.2009 – B 3 KR 12/08 R) entwickelten Bagatellgrenze zur Aufrechnung innerhalb der Verjährungsgrenze befugt ist, wenn zu Unrecht ein Abschlag wegen Verlegung unterblieben ist. Dort handelte es sich um eine reine Rechtsfrage, die einer Prüfung durch den MDK nicht zugänglich war.

Bezogen auf den vorliegenden Fall bedeutet dies, dass die Beklagte nicht einwenden kann, der Kläger hätte die Nebendiagnosen falsch kodiert. Zu den tatsächlichen Umständen, die einer Überprüfung durch den SMD zugänglich sind, gehört auch die medizinische Seite der Codierung (so auch SG Hamburg, Urteil vom 28.11.2011 – S 6 KR 1006/11 Rdnr. 23). Der SMD hat eingewandt, dass bei der Patientin ein bronchopulmonaler Infekt (Therapie mit Unacid) vorgelegen habe, der mit der ICD J22 anzugeben sei. Dem gegenüber hat der Kläger die Auffassung vertreten, dass von einer eitrigen Bronchitis auszugehen sei, was der Nebendiagnose J20.9 entspreche. Weiterhin streiten die Beteiligten darum, ob die Nebendiagnose K92.2 (gastrointestinale Blutung, nicht näher bezeichnet) ausreichend belegt sei. Welche Auffassung jeweils zutreffend ist, vermag der Senat ohne weitere Ermittlungen und Hinzuziehung von medizinischem Sachverständ nicht zu entscheiden. Dies ist jedoch wegen der Präklusionswirkung ausgeschlossen.

Der Kläger ist auch nicht nach Treu und Glauben (§§ 242 BGB, 69 SGB V) daran gehindert, sich auf die Verletzung des Gebots der zeitnahen Prüfung zu berufen. Welche Folgen die Verletzung dieses Gebots hat, ist bislang höchstrichterlich nicht geklärt. Bei dieser Sachlage ist es selbstverständlich, dass sich der Kläger im

Prüfverfahren mit den aus seiner Sicht unzutreffenden Einwendungen des SMD auseinandersetzt.

Die Höhe des Rechnungsbetrages von 4.012,97 Euro unter Zugrundelegung der DRG F62B ist nicht zu beanstanden und wird von der Beklagten auch nicht angegriffen.

Der Zinsanspruch beruht auf § 14 Abs. 5 KBV.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 197a SGG, 154 Abs. 2, 155 Abs. 1 S. 3 VwGO.

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG).