

## L 11 KR 1176/19

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 6 KR 2019/18  
Datum  
21.02.2019  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 1176/19  
Datum  
10.12.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie

Urteil

Leitsätze

§ 7 Abs 5 PrüfV 2014 schließt eine Korrektur oder Änderung von Datensätzen, die der Umsetzung des vom MDK gewonnenen Prüfergebnisses dienen und die zu einer höheren Vergütungsforderung des Krankenhauses führen, nicht aus.  
Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 21.02.2019 wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt die Beklagte.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 2.351,78 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist umstritten, ob die Krankenhaus gGmbH (Klägerin) nach Abschluss der Prüfung einer Rechnung für eine stationäre Krankenhausbehandlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) nachträglich die Kodierung an das Prüfungsergebnis anpassen und eine sich daraus ergebende erlössteigernde Rechnungskorrektur geltend machen darf. In diesen Zusammenhang ist allein die Frage streitig, ob § 7 Abs 5 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs 1c SGB V](#) gemäß § 17c Abs 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 01.09.2014 (Prüfverfahrenvereinbarung – PrüfV 2014) eine Rechnungskorrektur ausschließt.

Die Klägerin ist Trägerin des Krankenhauses in B ... Dieses ist in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommen und zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter gemäß [§§ 107, 108 Nr 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) zugelassen. Die Beklagte ist eine gesetzliche Krankenkasse. Die bei der Beklagten versicherte G. B. (geb 02.06.1937) litt unter einer Osteologie (Knochenabbau) sowie einer Begleitphlegmone (eitrige Entzündung tieferer Hautschichten) der Großzehe und DII links letztlich unklarer Ursache. Sie wurde initial konservativ und später operativ mittels Amputation und erforderlicher Revision bei erneutem Infekt im Krankenhaus B. vom 16.11.2015 bis 23.12.2015 stationär behandelt. Die Klägerin erstellte am 02.02.2016 eine Schlussrechnung über den Gesamtbetrag von 10.044,66 EUR unter Zugrundlegung der Diagnosis Related Groups (DRG) J02B (Hauttranspl. od. Lappenpl. an d. unt. Extr. b. Ulkus/Infekt./Entz. od. ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. m. mikrovask. Anastomos., m. äuß. schw. CC auß. b. Para- / Tetrapl., oh. kompl. Ingr. od. oh. auß. schw. CC, m. kompl. Ingr.). Diese Rechnung glich die Beklagte zunächst komplett aus.

Die Beklagte beauftragte den MDK mit einer Prüfung und informierte die Klägerin hierüber mittels Schreiben vom 04.02.2016, das mit "Auffälligkeits- und Prüfanzeige gemäß [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) i.V.m. §§ 4 und 6 PrüfV" überschrieben war. Es seien folgende Auffälligkeiten festgestellt worden: "Kodierung der Hauptdiagnose korrekt? ggf Frage der Überschreitung der OGV." Der MDK forderte von der Klägerin mit Schreiben vom 08.02.2016 die Vorlage verschiedener Unterlagen. Zum Prüfanlass/Auffälligkeit wurde auf die Fragen der Krankenkasse verwiesen. Diese waren angegeben mit: "War die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet? Ist die DRG korrekt? Ist die Hauptdiagnose (HD) korrekt?" Der MDK kam in dem Gutachten vom 07.09.2016 zu dem Ergebnis, dass anstelle der Hauptdiagnose L03.02 (Phlegmone an Zehen) die Diagnose M89.57 (Osteolyse: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]) und im Ergebnis die DRG I02D (Kleinflächige oder großflächige Gewebe-/Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC) zu kodieren seien. Im Ergebnis ergab sich hieraus eine Erlöserhöhung zugunsten der Klägerin auf insgesamt 12.396,44 EUR.

Auf der Grundlage des MDK-Gutachtens erstellte die Klägerin am 27.09.2016 eine korrigierte Schlussrechnung. Der Differenzbetrag zur ursprünglichen Rechnung wurde von der Beklagten zunächst beglichen. Die Beklagte führte jedoch im Schreiben vom 31.08.2017 auf, dass

Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen gemäß der PrüfvV nur einmalig möglich seien. Der MDK habe diese in seine Prüfung einzubeziehen, wenn sie innerhalb der genannten Fristen gemäß § 7 Abs 5 PrüfvV bei der Krankenkasse eingegangen seien. Die Datenkorrektur der Klägerin vom 29.09.2016 sei nicht fristgerecht erfolgt. Am 05.09.2017 wurde die gezahlte weitere Vergütung dementsprechend gegen eine anderweitige Forderung der Klägerin gegen die Beklagte aufgerechnet.

Die Klägerin hat am 19.07.2018 Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben. Sie hat ausgeführt, § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 komme nicht zur Anwendung, da vorliegend kein Fall gegeben sei, der durch diese Vorschrift geregelt werde. Sinn und Zweck der in § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 gesetzten Fristen von jeweils fünf Monaten sei es, den Ablauf des Prüfverfahrens seitens des MDK zu beschleunigen, weshalb die Möglichkeit der Krankenhäuser, Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen vorzunehmen, zeitlich befristet werde. Rechnungskorrekturen auf der Grundlage des MDK-Gutachtens nach Abschluss des MDK-Prüfverfahrens würden von der Vorschrift jedoch nicht erfasst. Im Übrigen wäre die in der PrüfvV 2014 vereinbarte materiell-rechtliche Ausschlussfrist zur nachträglichen Rechnungskorrektur innerhalb der gesetzlich normierten Verjährungsfrist bzw innerhalb des von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) definierten Zeitraums des Einwendungsausschlusses der Verwirkung nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Abs 2 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) gedeckt, da damit unter Beachtung des Wortlauts über die Regelung einer Verfahrensfrage hinausgegangen werde. Würde man der Fertigstellung des MDK-Gutachtens eine materiell-rechtliche Ausschlusswirkung beimessen, hätte es allein der MDK in der Hand, eine Rechnungsnachforderung auszuschließen. Es läge eine Ungleichbehandlung vor, da die Krankenkassen nach der Prüfung durch den MDK in Reaktion auf das Gutachten verrechnen oder Rückforderungsansprüche geltend machen könnten, während die Krankenhäuser keine neue Rechnung erstellen dürften.

Das SG hat die Beklagte mit Urteil vom 21.02.2019 zur Zahlung des Differenzbetrages iHv 2.351,78 EUR nebst Zinsen verurteilt. Die Nachforderung sei nicht durch eine sich aus dem Grundsatz von Treu und Glauben ergebende Verwirkung ausgeschlossen. Aber auch § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 schließe eine nachträgliche Rechnungskorrektur zu Gunsten der Krankenhäuser nicht aus. Der Vorschrift sei nicht zuwider gehandelt worden. Wie von § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 vorgesehen, habe die Klägerin die Rechnung lediglich einmalig korrigiert. Auch sei durch die erneute Rechnung keine Einbeziehung in ein eingeleitetes Prüfverfahren gefordert worden. Dem Wortlaut sei nicht zu entnehmen, dass nach Abschluss der MDK-Prüfung eine einmalige Korrektur oder Ergänzung der Rechnung ausgeschlossen sei. Einer Prüfung bedürfe es nicht, da die Klägerin das Ergebnis der Prüfung umgesetzt habe. Die Beklagte verhalte sich treuwidrig, wenn sie nach einer erlösmindernden Prüfung eine Korrektur oder Stornierung der Rechnung fordere, sich im entgegengesetzten Fall jedoch auf eine Ausschlussfrist berufe.

Gegen das ihr am 06.03.2019 gegen Empfangsbekanntnis zugestellte Urteil hat die Beklagte am 04.04.2019 Berufung eingelegt. Zur Begründung hat sie ausgeführt, auf stationäre Behandlungen wie die vorliegende, für die die PrüfvV 2014 gelte, sei für die rechtliche Beurteilung der Zulässigkeit und Begründetheit einer nachträglichen Rechnungskorrektur die für Behandlungsfälle vor dem 01.01.2015 geltende Rechtsprechung des BSG nicht mehr anwendbar. Vorrangig seien die Regelungen der PrüfvV 2014. Nach § 17c Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 KHG regelten der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs 1c SGB V](#). Nach der Gesetzesbegründung ([BT-Drs 17/13947, S 38](#), zu Nummer 2, 1. Spiegelstrich und zu Buchstabe c (Abs 2 und 3)) würden die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene beauftragt, "die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens" bzw "die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens für die Einzelfallprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vorzunehmen". Bei der Aufzählung der Sachverhalte, zu denen Vereinbarungen zu treffen seien, werde neben den Sachverhalten, die die Art und Weise der Durchführung der Prüfung betreffen, ausdrücklich auch festgestellt, dass zu klären sei, wie Rückforderungen abgewickelt würden und ob und inwieweit eine Aufrechnung mit offenen Forderungen zulässig sei. Zudem werde betont, dass die Benennung der zu vereinbarenden Regelungsinhalte in Satz 2 nicht abschließend sei und deshalb auch Vereinbarungen zu anderen regelungsrelevanten Sachverhalten getroffen werden könnten. Die Vertragspartner seien daher nicht nur zur Regelung des Näheren zu Art und Weise der Durchführung der eigentlichen Prüfung durch den MDK ermächtigt worden, sondern die Ermächtigung beziehe sich auch darauf, Regelungen zu den Konsequenzen zu treffen, die aus dem Ergebnis der Prüfung zu ziehen seien. Die Ermächtigung in § 17c Abs 2 KHG stelle eine ausreichende rechtliche Grundlage für die Vereinbarung einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist für eine Daten- und Rechnungskorrektur nach der in § 7 Abs 5 Satz 2 PrüfvV 2014 bestimmten Frist dar. Wenn nach § 7 Abs 5 Satz 2 PrüfvV 2014 eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen nur innerhalb einer Frist von fünf Monaten seit Einleitung der MDK-Prüfung möglich sei, andererseits aber nach § 7 Abs 5 Satz 2 PrüfvV 2014 Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen an die Krankenkasse zu erfolgen hätten, könne dies nur bedeuten, dass auch Rechnungskorrekturen, die auf der Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen beruhen, gegenüber der Krankenkasse nach Ablauf der Fristen nicht mehr möglich seien. Es wäre sinnwidrig, zu regeln, dass der MDK nur einmalig Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen in seine Prüfung einzubeziehen habe und dies auch nur, wenn die Korrekturen und Ergänzungen innerhalb der in § 7 Abs 5 Satz 2 PrüfvV 2014 bestimmten Frist erfolgen, andererseits aber dem Krankenhaus die Möglichkeit zu geben, nach Ablauf der Frist von 5 Monaten seit Einleitung der Prüfung gegenüber der Krankenkasse, die den MDK mit der Prüfung beauftragt hatte, Rechnungskorrekturen vorzunehmen, die von dieser dann zu akzeptieren seien, obwohl das Krankenhaus gegenüber dem MDK mit Korrekturen oder Ergänzungen von Daten ausgeschlossen sei. Es könne nicht treuwidrig sein, wenn sich die Beklagte auf diese von den Vertragspartnern vereinbarte Regelung beziehe. Mit einer vorbehaltlos erteilten Schlussrechnung bringe das Krankenhaus durch ein konkretes Tun gegenüber der Krankenkasse zum Ausdruck, dass der Behandlungsfall aus der Sicht des Krankenhauses bezüglich der Vergütung abgeschlossen sei. Damit schaffe das Krankenhaus durch aktives Handeln bei der Krankenkasse einen Vertrauenstatbestand. Dies rechtfertige es, die Möglichkeit des Krankenhauses zur Korrektur der eigenen Abrechnung einzuschränken. Das Urteil des 5. Senats des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 17.04.2019 gebe Anlass darauf hinzuweisen, dass § 7 Abs 5 Satz 1 PrüfvV von "Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen" spreche. Dies beziehe sich auf § 3 der Vereinbarung gemäß [§ 301 SGB V](#), in dem Inhalt und Aufbau der "Datensätze" geregelt werde. Die Vereinbarung nach [§ 301 SGB V](#) kenne nur "Datensätze". Diese umfassten nach § 3 unter anderem den Aufnahmesatz, die Entlassungsanzeige und den Rechnungssatz. Wenn es den Vertragspartnern nur um die Daten des Entlassdatensatzes gegangen wäre, so hätten sie diesen Begriff verwendet. In diesem Falle hätte auch eine Übermittlung an den MDK ausgereicht. Geregelt worden sei jedoch, dass die Übermittlung der Korrekturen oder Ergänzungen an Datensätzen an die Krankenkasse zu erfolgen hat. Die Datenkorrektur sei also nach § 7 Abs 5 Satz 2 PrüfvV 2014 gegenüber der Krankenkasse vorzunehmen. Diese könne die Verarbeitung dann direkt gegenüber dem Krankenhaus ablehnen, wenn die Prüfung bereits abgeschlossen sei. Der Begriff der Korrektur von Datensätzen in § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 könne also nicht in die Korrektur der Entlassdaten und die Rechnungskorrektur aufgespalten werden. Beides gehöre zusammen. Wenn die Korrektur der Entlassdaten wegen des Fristablaufs nicht mehr möglich sei, könne auch keine Rechnungskorrektur mehr erfolgen. Dies sei im Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 17.04.2019 (Az: [L 5 KR 1522/17](#)) nicht berücksichtigt worden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 21.02.2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Ausführungen des SG für zutreffend. Ergänzend trägt die Klägerin noch vor, dass nicht nachvollziehbar sei, warum die seitens des BSG entwickelten Grundsätze zur nachträglichen Rechnungskorrektur vorliegend keine Anwendung finden sollten. § 7 Abs 5 PrüfV 2014 beziehe sich auf Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen während des MDK-Prüfverfahrens, das mit einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK ende. Eine Fallkonstellation, wie im vorliegenden Rechtsstreit, wo der MDK in seinem Gutachten vom 07.09.2016 zu einer erlösrelevanten Änderung der Hauptdiagnose von J026 in I02D gekommen ist, sei in § 7 Abs 5 PrüfV 2014 überhaupt nicht geregelt. Die PrüfV 2014 regle gemäß § 17c Abs 2 Satz 1 KHG das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs 1 c SGB V](#). Hierzu gehörten auch die Konsequenzen, die die Krankenkasse, die das MDK-Prüfverfahren beantragt habe, aus dem Ergebnis ziehen wolle. Insoweit werde auf die §§ 8 und 9 PrüfV 2014 verwiesen. Die Rechtsfolgen eines Mehrerlösgutachtens von Seiten des MDK regle die Prüfverfahrensvereinbarung nicht, obwohl man auch dies hätte regeln können. § 7 Abs 5 PrüfV 2014 schließe somit die nachträgliche Rechnungskorrektur von Seiten des Krankenhauses aufgrund eines Mehrerlösgutachtens des MDK nicht aus, sondern erfasse allein Korrekturen und Ergänzungen von Datensätzen während des laufenden MDK-Prüfverfahrens. Darum gehe es im vorliegenden Rechtsstreit aber nicht, was die Beklagte immer noch verkenne. Die Übersendung einer korrigierten Rechnung nach Abschluss des MDK-Prüfverfahrens stelle keine von § 7 Abs 5 PrüfV 2014 erfasste Korrektur oder Ergänzung eines Datensatzes dar, worauf das SG Regensburg zutreffend hinweise (SG Regensburg 25.10.2018, [S 8 KR 699/17](#), Rn 17, Beck RS 2018, 44120).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten hat keinen Erfolg.

Die gemäß den [§§ 143, 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte sowie form- und fristgerecht ([§ 151 Abs 1 SGG](#)) eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig, in der Sache jedoch nicht begründet. Das SG hat zu Recht der Klage stattgegeben und die Beklagte zur Zahlung von 2.351,78 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 05.09.2017 an die Klägerin verurteilt. Der Klägerin stand gegen die Beklagte ein weiterer Vergütungsanspruch für die stationäre Krankenhausbehandlung von Versicherten in der genannten Höhe zu.

Die Klägerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt (dazu nur BSG 14.10.2014, [B 1 KR 26/13](#), SozR 4-2500 § 301 Nr 3). Es handelt sich um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten ist (BSG 28.11.2013, [B 3 KR 33/12 R](#), SozR 4-5562 § 9 Nr 5).

Rechtsgrundlage des von der Klägerin geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG sowie § 17b KHG iVm der vorliegend für den Behandlungs- und Abrechnungsfall im Jahr 2015 maßgeblichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2015 vom 23.09.2014 (Fallpauschalenvereinbarung 2015 - FPV- 2015) sowie der nach [§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) geschlossene Landesvertrag.

Der (dem Grunde und der Höhe nach unstreitige) Vergütungsanspruch der Klägerin aus der Behandlung eines anderen Versicherten (Hauptforderung) ist nicht durch Aufrechnung mit einem der Beklagten zustehenden Erstattungsanspruch wegen zu viel gezahlter Vergütung für die Behandlung der Versicherten Balles (Gegenforderung) iHv 2.351,78 EUR erloschen. Es fehlt an der für eine Aufrechnung gemäß [§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) iVm [§§ 387 ff](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) erforderlichen Gegenforderung der Beklagten, mit der sie gegen die Hauptforderung der Klägerin wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten analog [§ 387 BGB](#) aufrechnen kann. Der Beklagten steht als Grundlage für ihre Gegenforderung kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch iHv 2.351,78 EUR zu, denn die Vergütung der von der Klägerin durchgeführten Behandlung der Versicherten erfolgte mit Rechtsgrund, da die Klägerin für deren Behandlung vom 16.11.2015 bis 23.12.2015 einen Vergütungsanspruch gegen die Beklagte in der von ihr geltend gemachten Höhe hatte.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und iSv [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (st Rspr BSG 16.12.2008, B [1 KN 1/07 R](#), [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#); BSG 08.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 § 17b Nr 2](#)). Die konkrete Höhe des dem Krankenhaus zustehenden Vergütungsanspruches bemisst sich gemäß [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) nach Maßgabe des KHG und des KHEntgG. Nach § 7 Satz 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nrn 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr 1 iVm § 9 KHEntgG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 Satz 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit hiervon zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (Nr 1), einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte (Nr 2) sowie die Abrechnungsbestimmungen für die Fallpauschalen und die sonstigen Entgelte (Nr 3).

Der Senat ist aufgrund der vorhandenen Unterlagen und dem insoweit übereinstimmenden Vorbringen der Beteiligten davon überzeugt,

dass die Versicherte/Patientin einen Anspruch auf die vollstationäre Krankenhausbehandlung hatte. Der Senat ist ferner der Ansicht, dass für die durchgeführte Behandlung als Hauptdiagnose M89.57 zu kodieren ist und sich daraus die DRG IO2D (Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC) ergibt. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des MDK vom 07.09.2016, dies ist darüber hinaus zwischen den Beteiligten auch unstrittig.

Die Klägerin, die zunächst ausgehend von der DRG J02B einen Betrag iHv 10.044,66 EUR in Rechnung gestellt hatte, ist mit der nachträglichen korrekten Kodierung der DRG IO2D und daraus folgenden erlöserhöhenden Abrechnung (12.396,44 EUR) nicht ausgeschlossen. Ein Ausschluss ergibt sich weder aus § 7 Abs 5 Satz 2 PrüfVv 2014 noch aus dem Grundsatz von Treu und Glauben. Dabei kann dahingestellt bleiben, ob die PrüfVv 2014 auf die hier durchgeführte Prüfung überhaupt Anwendung findet.

Nach § 7 Abs 5 Satz 1 PrüfVv 2014 sind Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen nur einmalig möglich. Diese hat der MDK nur dann in seine Prüfung einzubeziehen, wenn sie innerhalb von fünf Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens nach § 6 Abs 2 PrüfVv 2014 an die Krankenkasse erfolgen (§ 7 Abs 5 Satz 2 PrüfVv 2014). § 7 Abs 5 Satz 3 PrüfVv 2014 sieht vor, dass eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK möglich ist, sollte eine Begutachtung durch den MDK vor Ablauf der Frist des § 7 Abs 5 Satz 2 PrüfVv 2014 beendet sein. Je nach Eingang der Korrektur bzw der Ergänzung verlängert sich die Gesamtprüffrist nach § 8 Satz 3 PrüfVv 2014 entsprechend (§ 7 Abs 5 Satz 4 PrüfVv 2014). [§ 275 Abs 1c Satz 3 SGB V](#) findet auf Prüfungen, die aufgrund dieser Korrekturen nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führen, keine Anwendung (§ 7 Abs 5 Satz 5 PrüfVv 2014).

Den Regelungen in § 7 Abs 5 PrüfVv 2014 lässt sich kein Ausschluss einer nachträglichen Anpassung der Kodierung und der Rechnung an die Feststellungen des MDK entnehmen. Passt das Krankenhaus seine Abrechnung an das vom MDK gefundene Prüfergebnis an (korrigierte Schlussrechnung) liegt schon keine nachträgliche Korrektur und Ergänzung von Datensätzen iSd PrüfVv 2014 vor. § 7 Abs 5 PrüfVv 2014 erfasst nur solche Änderungen von Datensätzen, die das Krankenhaus auf der Grundlage von [§ 301 Abs 1 SGB V](#) von sich aus vornimmt, weil es zB der Auffassung ist, dass die bei der Entlassung des Patienten maßgebliche Hauptdiagnose unrichtig ist oder die Nebendiagnosen ([§ 301 Abs 1 Satz 1 Nr 7 SGB V](#)) unrichtig bzw unvollständig sind. Darüber hinaus befasst sich § 7 Abs 5 PrüfVv 2014 nach seinem eindeutigen Wortlaut in Satz 2 ("Diese hat der MDK nur dann in seine Prüfung einzubeziehen, ") ausdrücklich nur mit einer Einbeziehung von Korrekturen und Ergänzungen von Datensätzen bei bzw in die Prüfungen durch den MDK. Ein Anspruchsausschluss für Fälle, in denen sich nach der MDK-Prüfung unter Zugrundelegung des Prüfungsergebnisses ein höherer Rechnungsbetrag ergibt, kommt nicht zum Ausdruck. Die Regelung schließt damit eine Umsetzung des vom MDK gewonnenen Prüfergebnisses nicht aus (LSG Rheinland-Pfalz 13.08.2018, [L 5 KR 155/18 NZB](#), KRS 2018, 432). Insofern unterscheidet sich § 7 Abs 5 PrüfVv 2014 auch von § 7 Abs 2 PrüfVv 2014, sodass die Rechtsprechung des Senats hierzu (17.04.2018, [L 11 KR 936/17](#), juris) nicht auf den vorliegenden Sachverhalt übertragbar ist. § 7 Abs 2 Satz 4 PrüfVv 2014 sieht ausdrücklich vor, dass das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag hat, wenn die Unterlagen dem MDK nicht fristgerecht zugegangen sind. Zu Konsequenzen für den Vergütungsanspruch verhält sich § 7 Abs 5 PrüfVv 2014 jedoch gerade nicht. Erst recht lässt sich keine differenzierende Regelung entnehmen, dass nachträgliche erlöserhöhende Änderungen unzulässig, von den Krankenkassen aber regelmäßig geforderte erlösmindernde Anpassungen einer Rechnung zulässig sein sollen. § 7 Abs 5 PrüfVv 2014 regelt dem Wortlaut nach lediglich die Möglichkeit von Korrekturen oder Ergänzungen bis zum Abschluss des Prüfverfahrens, längsten in einem Zeitraum von fünf Monaten. Weitere Konsequenzen für die Zeit nach Abschluss des Prüfverfahrens werden in dieser Vorschrift nicht geregelt.

Dass im Falle der Änderung der Kodierung und der damit verbundenen Abrechnungskorrektur eine Korrektur auch des Datensatzes erforderlich ist, führt ebenfalls nicht zu einem Anspruchsausschluss. Eine erlössteigernde Anpassung der Datensätze an das Ergebnis der MDK-Prüfung ist nicht von der PrüfVv 2014 erfasst. § 10 PrüfVv 2014 befasst sich lediglich mit dem Fall eines erlösmindernden Prüfungsergebnisses. Der PrüfVv 2014 kann jedoch nicht entnommen werden, dass eine Korrektur, die zu einer weiteren Vergütung führt, damit ausgeschlossen wird. Vielmehr verhält sich die PrüfVv 2014 hierzu nicht. Eine Datensatzkorrektur ist dann nicht ausgeschlossen, wenn sie lediglich das Ergebnis der Prüfung widerspiegeln soll. Im Übrigen sind die Vorgaben des § 7 Abs 5 PrüfVv 2014 eingehalten. Die Klägerin hat entsprechend § 7 Abs 5 Satz 1 PrüfVv 2014 lediglich eine einmalige Korrektur vorgenommen. Dies hat eine Berücksichtigung im Prüfverfahren nicht erforderlich gemacht, weil sie lediglich der Umsetzung der Prüfung diene, sodass sie vom Anwendungsbereich des § 7 Abs 5 Satz 2 PrüfVv 2014 nicht betroffen ist.

Neben dem Wortlaut von § 7 Abs 5 PrüfVv 2014 gebieten auch Sinn und Zweck sowie die historische Auslegung der Regelung keinen Ausschluss einer nachträglichen erlössteigernden Rechnungskorrektur in Anpassung an das Prüfungsergebnis des MDK. Abrechnungsbestimmungen sind zwar wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, dies mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#); BSG 21.04.2015, [B 1 KR 8/15 R](#), juris). Auf die Frage, ob § 7 Abs 5 PrüfVv 2014 bzw die PrüfVv 2014 insgesamt um eine Vergütungsregelung handelt, die nach dem zuvor dargestellten Maßstab auszulegen sind, kommt es jedoch nicht an, da die Anwendung dieser Auslegungsmethode kein anderes Ergebnis zur Folge hat.

Ziel der Einführung der Ermächtigung zum Erlass der PrüfVv in § 17c Abs 2 KHG war eine Verminderung des bisher hohen Aufwands für die Durchführung von Krankenhausabrechnungen. Die Änderung war ua darauf ausgerichtet, Bürokratie abzubauen (BT-Drs 13947/17, S 37 f). Zur Erreichung dieses Ziel sieht § 7 PrüfVv 2014 Regelungen zur Straffung und Beschleunigung des Prüfverfahrens durch den MDK vor. Es werden verschiedene Fristen für die Vorlage von Unterlagen vorgesehen, um eine beschleunigte Prüfung zu ermöglichen. Dies dient einem zügigen Verfahrensablauf und begegnet insbesondere aber auch Prüfungs- und Beweisproblemen, die sich naturgemäß nach erheblichem Zeitablauf ergeben. Eine Prüfung wäre nicht nur für den MDK erschwert, sondern wäre auch für die Krankenhäuser im Hinblick auf die Herbeischaffung von Unterlagen etc ungleich schwieriger. Sinn und Zweck von § 7 Abs 5 PrüfVv 2014 im Besonderen ist es, die Prüfung durch den MDK zügig zum Abschluss bringen zu können. Das Verfahren soll nicht dadurch in die Länge gezogen werden können, dass wiederholt Korrekturen vorgenommen werden und dadurch jeweils eine erneute Prüfung durch den MDK erforderlich wird. Die

Krankenhäuser werden angehalten, ihre Abrechnung sorgfältig zu erstellen.

Dieser Sinn und Zweck, eine zügige Durchführung der Prüfung durch den MDK und Beendigung des Verfahrens insgesamt zu erreichen, macht einen Ausschluss einer Rechnungskorrektur nach Abschluss des Verfahrens nicht erforderlich. Durch die Anpassung der Kodierung und Abrechnung an das Ergebnis des MDK wird keine (weitere) Prüfung durch den MDK notwendig oder verzögert. Eine Ausschlussfrist ist nicht erforderlich, um den Sinn und Zweck des § 7 Abs 5 PrüfV 2014 zu wahren. Anders ist dies im Falle des § 7 Abs 2 PrüfV 2014. Dort geht es um die für die Prüfung erforderliche Vorlage von Unterlagen. Der MDK ist zur Durchführung einer Prüfung auf die Vorlage der Unterlagen angewiesen. Es sind Konsequenzen im Falle der verspäteten Vorlage erforderlich, um das Verfahren zu beschleunigen. Dies kann durch den angeordneten (teilweisen) Ausschluss geschehen. Andernfalls wäre die in § 7 Abs 2 PrüfV 2014 vorgesehene Frist wertlos. Im Falle des § 7 Abs 5 PrüfV 2014 ist dies hingegen nicht nötig. Denn allein der Ausschluss der Korrekturmöglichkeit wirkt sich zu Lasten der Krankenhäuser aus. Ein Ausschluss ist dafür nicht gleichermaßen erforderlich.

Die nachträgliche Rechnungskorrektur verstößt auch nicht gegen den Rechtsgedanken von Treu und Glauben in der Form der Verwirkung. Der auch im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse anzuwendende, sich aus [§ 242 BGB](#) ergebende Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung in Form der Verwirkung setzt voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen. Solche, die Verwirkung auslösenden "besonderen Umstände" liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage), und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauensstatbestand), und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde (BSG 23.05.2017, [B 1 KR 27/16 R](#), SozR 4-2500 § 109 Nr 62 = juris Rn 9 mwN). Als ein Verwirkungsverhalten kommt nach der Rechtsprechung des BSG regelmäßig die vorbehaltlose Erteilung einer nicht offensichtlich un schlüssigen Schlussrechnung eines Krankenhauses in Betracht. Eine Vertrauensgrundlage entsteht in der Regel im Anschluss hieran, wenn das Krankenhaus eine Nachforderung weder im gerade laufenden noch nachfolgenden vollen Haushaltsjahr der Krankenkasse geltend macht. Der Vertrauensstatbestand erwächst daraus, dass die Krankenkasse regelhaft darauf vertraut, dass das Krankenhaus insoweit keine weiteren Nachforderungen erhebt (BSG 23.05.2017, [B 1 KR 27/16 R](#), SozR 4-2500 § 109 Nr 62 = juris Rn 10). Gemessen hieran hat die Klägerin die weitere Vergütung im Jahr 2016 rechtzeitig geltend gemacht. Darauf, dass die Prüfung durch den MDK nicht zu Ungunsten der Krankenkasse ausfallen wird, kann die Krankenkasse nicht vertrauen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 S 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [§ 197a Abs 1 S 1 SGG](#) iVm [§ 63](#), [§ 52 Abs 1](#), 3 Gerichtskostengesetz (GKG). Mit der Klage hat die Klägerin einen Zahlungsanspruch iHv 2.351,78 EUR geltend gemacht; Zinsen sind als Nebenforderung nicht streitwerterhöhend zu berücksichtigen ([§ 43 Abs 1 GKG](#)).

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2020-01-15