

**B 1 KR 39/20 R**

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
1. Instanz  
SG Kiel (SHS)  
Aktenzeichen  
S 44 KR 308/17  
Datum  
17.12.2018  
2. Instanz  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Aktenzeichen  
L 5 KR 13/19  
Datum  
26.08.2020  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 39/20 R  
Datum  
18.05.2021  
Kategorie  
Urteil

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 26. August 2020 aufgehoben und der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 735,40 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin, Trägerin eines nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhauses (nachfolgend: Krankenhaus), behandelte den bei der beklagten Krankenkasse (KK) Versicherten vollstationär vom 18.5. bis 14.6.2016 und berechnete hierfür zunächst 13 199,47 Euro (*Schlussrechnung vom 7.7.2016 Fallpauschale <DRG> B04D*), die die KK zunächst vollständig beglich. Das Krankenhaus kodierte dazu ua OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) 9-200.6. Die KK beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung von OPS 9-200.6 und der Erforderlichkeit des Überschreitens der oberen Grenzverweildauer. Der MDK kam zum Ergebnis, dass OPS 9-200.5 (*Hochaufwendige Pflege von Erwachsenen, 101 bis 129 Aufwandspunkte*) anstelle von OPS 9-200.6 zu kodieren sei; insoweit passte das Krankenhaus seine Kodierung noch während des Prüfverfahrens an. Weiterhin führte der MDK aus, dass eine um sieben Tage kürzere Behandlung medizinisch möglich gewesen sei. Es ergebe sich anstelle der DRG B04D die DRG B39C (*Stellungnahme vom 8.3.2017*). Daraufhin forderte die KK vom Krankenhaus die Erstattung von 2558,69 Euro. Mit neuer Schlussrechnung vom 29.3.2017 berechnete das Krankenhaus nunmehr DRG B04B (12 733,02 Euro). Hierbei kodierte es OPS 9-200.5 anstelle von OPS 9-200.6 sowie zusätzlich als Nebendiagnosen nach ICD-10-GM die bisher nicht kodierten Diagnosen I50.01 (*Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz*), J91 (*Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*) und I34.1 (Mitralklappenprolaps), da im Rahmen der neurologischen Behandlung des Versicherten eine weitergehende kardiologische Diagnostik erfolgt, aber versehentlich nicht kodiert worden sei. Die KK wies die korrigierte Rechnung mit der Begründung zurück, die zulässige Frist zur Änderung der Daten sei bereits abgelaufen. Eine Nachforderung sei nach § 7 Abs 5 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs 1c SGB V](#) (Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV 2014) iVm § 17c Abs 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ausgeschlossen. In der Folgezeit rechnete die KK den gesamten gezahlten Rechnungsbetrag iH von 13 199,47 Euro gegen unstrittige Forderungen des Krankenhauses auf.

3

Im Klageverfahren, gerichtet auf Zahlung von 12 733,02 Euro, hat die KK ein vom Krankenhaus angenommenes Teilanerkenntnis iH von 11 997,62 Euro abgegeben. Der auf Zahlung von 735,40 Euro nebst Zinsen geänderten Klage hat das SG stattgegeben (*Urteil vom 17.12.2018*). Das LSG hat die durch das SG zugelassene Berufung der KK zurückgewiesen: Der entstandene Anspruch auf die (weitere) Vergütung der stationären Behandlung iH von 735,40 Euro sei weder verjährt noch verwirkt und auch nicht nach § 7 Abs 5 Satz 2 PrüfV 2014 ausgeschlossen. Die Vorschrift sei keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist. Dies ergebe sich insbesondere aus ihrem Wortlaut und dem Regelungszusammenhang (*Urteil vom 26.8.2020*).

4

Die KK rügt mit ihrer Revision sinngemäß die Verletzung von § 17c Abs 2 KHG iVm § 7 Abs 5 PrüfV 2014. § 7 Abs 5 PrüfV 2014 schließe als materiell-rechtliche Ausschlussfrist eine Rechnungskorrektur nach Abschluss der MDK-Prüfung aus. Die Auffassung des SG führe dazu, dass der Verstoß gegen § 7 Abs 5 PrüfV 2014 keine vergütungsrechtlichen Konsequenzen für das Krankenhaus habe.

5

Das Krankenhaus hat im Revisionsverfahren die Klage hinsichtlich des Zinsanspruchs auf die Zeit ab 13.4.2017 beschränkt.

6

Die Beklagte beantragt,  
die Urteile des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 26. August 2020 und des Sozialgerichts Kiel vom 17. Dezember 2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

7

Die Klägerin beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

8

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

9

Die Revision der beklagten KK ist im Sinne der Aufhebung und Zurückverweisung begründet ([§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG](#)).

10

Der Senat kann nicht abschließend entscheiden, ob die mit der Aufrechnung von der KK angestrebte Erfüllung eines anderen, unstreitigen Vergütungsanspruchs teilweise ins Leere ging und dem Krankenhaus insoweit ein Vergütungsanspruch von 735,40 Euro weiterhin zusteht. Die Begründetheit der Klage (*zu ihrer Zulässigkeit als echte Leistungsklage vgl zB BSG vom 30.6.2009 - [B 1 KR 24/08 R](#) - [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#), RdNr 12 mwN; stRspr*) hängt davon ab, ob die korrigierte Schlussrechnung des Krankenhauses vom 29.3.2017 zutraf und die KK zu Unrecht davon ausging, für die vom 18.5. bis 14.6.2016 durchgeführte stationäre Behandlung des Versicherten 735,40 Euro zu viel gezahlt zu haben. Dem Krankenhaus stand dem Grunde nach ein Vergütungsanspruch für die erforderliche stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten zu (*vgl zu den Grundvoraussetzungen des Vergütungsanspruchs BSG vom 8.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 § 17b Nr 2](#), RdNr 13, 15 mwN; BSG vom 19.3.2020 - [B 1 KR 22/18 R](#) - *juris* RdNr 11 mwN; zum rechtlichen Rahmen der Fallpauschalenvergütung, insbesondere zur Rechtsqualität der Fallpauschalenvereinbarung und der Einbeziehung des OPS vgl BSG vom 8.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 § 17b Nr 2](#), RdNr 15 ff). Der noch streitige Restanspruch von 735,40 Euro ist jedenfalls weder - wie die KK meint - infolge einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist erloschen noch steht seiner Durchsetzung eine sonstige Einwendung entgegen (*dazu 1.*). Ob dem Krankenhaus ein Anspruch auf 12 733,02 Euro zustand und nicht bloß die von der KK anerkannten 11 997,62 Euro, kann der Senat mangels Feststellungen des LSG nicht beurteilen. Die Feststellungen muss das LSG im wiedereröffneten Berufungsverfahren treffen (*dazu 2.*). Da die Berechnung der Krankenhausvergütung nach DRG B04B von der KK im Hinblick auf die kodierte Nebendiagnosen zuletzt in Zweifel gezogen wurde, konnte sie vom Senat auch nicht ohne weitere Feststellungen zugrunde gelegt werden (*zur Zulässigkeit dieses Vorgehens bei unstrittiger Berechnungsweise vgl zB BSG vom 26.5.2020 - [B 1 KR 26/18 R](#) - *juris* RdNr 11 mwN*).*

11

1. Das Krankenhaus durfte den Restvergütungsanspruch jedenfalls fällig stellen und hierzu seine Abrechnung im März 2017 korrigieren. Es durfte OPS 9-200.5 nachkodieren und die hierdurch angesteuerte DRG B04B mit insgesamt 12 733,02 Euro auch nach Abschluss des von der KK eingeleiteten Prüfverfahrens dieser in Rechnung stellen. Der Anspruch auf den Restbetrag iH von 735,40 Euro ist nicht nach dem hier zeitlich anwendbaren § 7 Abs 5 PrüfV 2014 (*dazu a*) ausgeschlossen. § 7 Abs 5 PrüfV 2014 regelt keine materielle Ausschlussfrist, sondern eine materielle Präklusion (*dazu b*). Deren sachlicher Anwendungsbereich ist hier jedoch nicht eröffnet (*dazu c*). Der Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung weiterer 735,40 Euro ist auch nicht nach [§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 242 BGB](#) verwirkt (*dazu d*).

12

a) § 7 Abs 5 PrüfV 2014 ist zeitlich auf die im Jahr 2016 durchgeführte Krankenhausbehandlung des Versicherten anwendbar. Die mit Wirkung zum 1.9.2014 aufgrund der Ermächtigung des § 17c Abs 2 KHG (*idF des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, BGBl I 2423*) in Kraft getretene und später gekündigte PrüfV 2014 erfasst Überprüfungen bei Versicherten, die ab dem 1.1.2015 aufgenommen wurden (§ 12 Abs 1 PrüfV 2014; für Krankenaufnahmen ab dem 1.1.2017 gilt die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretene PrüfV vom 3.2.2016; vgl BSG vom 30.7.2019 - [B 1 KR 31/18 R](#) - [BSGE 129, 1](#) = *SozR 4-7610 § 366 Nr 2, RdNr 14*). Ob die PrüfV 2014 inhaltlich Rechtsfolgen hinsichtlich der Änderungen des Datensatzes für die Zeit ab 2016 wirksam regeln durfte, bedarf hier keiner abschließenden Beurteilung. § 7 Abs 5 PrüfV 2014 schließt auch - bei seiner nachfolgend unterstellten - sachlichen Anwendbarkeit den Anspruch des klagenden Krankenhauses hier nicht aus (*dazu im Einzelnen b und c*).

13

§ 17c Abs 2a Satz 1 KHG (*idF des Gesetzes für bessere und unabhängiger Prüfungen <MDK-Reformgesetz> vom 14.12.2019, BGBl I 2789, mit Wirkung vom 1.1.2020; Art 15 Abs 1 MDK-Reformgesetz; zu den Grundsätzen des intertemporalen Sozialrechts vgl BSG vom 23.5.2017 - [B 1 KR 24/16 R](#) - *SozR 4-2500 § 301 Nr 8 RdNr 32 mwN*), wonach eine Korrektur der an die KK übermittelten Abrechnung durch das Krankenhaus grundsätzlich ausgeschlossen ist, ist jedenfalls nicht rückwirkend auf Sachverhalte anzuwenden, bei denen das Krankenhaus - wie hier - vor Inkrafttreten der Regelung wirksam die Abrechnung korrigiert hat.*

14

b) § 7 Abs 5 PrüfV 2014 bewirkt eine materielle Präklusionsregelung mit der Rechtsfolge, dass Änderungen zugunsten des vom Krankenhaus zu Abrechnungszwecken an die KK übermittelten Datensatzes nach Ablauf der in der PrüfV geregelten Änderungsfristen unzulässig sind, soweit der Datensatz Gegenstand des Prüfverfahrens geworden ist. Änderungen des MDK-geprüften Teils des Datensatzes nach [§ 301 SGB V](#) außerhalb der in § 7 Abs 5 PrüfV 2014 geregelten Änderungsmöglichkeiten sind - auch mit Wirkung für ein ggf nachfolgendes Gerichtsverfahren - unzulässig. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses kann nicht erfolgreich auf Grundlage von neuen (geänderten oder ergänzten) Daten durchgesetzt werden, deren Übermittlung unzulässig ist.

15

Im Gegensatz zu einer den Anspruch ganz oder teilweise allein durch Zeitablauf ausschließenden Regelung des materiellen Rechts, die den Verlust einer materiell-rechtlichen Anspruchsposition zur Folge hat (materiell-rechtliche Ausschlussfrist), geht nach § 7 Abs 5 Satz 1 und 2 PrüfV 2014 der Anspruch auf die weitere Vergütung nicht allein wegen des Fristablaufs unter (zu Begriff und Wirkung materiell-rechtlicher Ausschlussfristen vgl BSG vom 13.11.2012 - [B 1 KR 27/11 R](#) - [BSGE 112, 156](#) = *SozR 4-2500 § 114 Nr 1 = juris RdNr 35; BGH vom 29.4.2020 - [VIII ZR 355/18](#) - [NJW 2020, 1947](#), RdNr 21; BGH vom 1.9.2020 - [EnVR 104/18](#) - [WM 2021, 96](#), RdNr 16 mwN; BVerwG vom 22.10.1993 - [6 C 10/92](#) - *Buchholz 421 Kultur- und Schulwesen Nr 111 = juris RdNr 16 mwN; BAG vom 3.12.2019 - [9 AZR 95/19](#) - AP Nr 107 zu § 1 Tarifvertragsgesetz <TVG> Tarifverträge: Einzelhandel = juris RdNr 42*). Die Vorschrift führt nicht zum Erlöschen des durch die Behandlungsleistung entstandenen Vergütungsanspruchs. Sie begründet aber eine materielle Präklusion. Dies bedeutet, dass die nach dem jeweiligen Regelungszusammenhang erforderlichen Handlungen zur Durchsetzung oder Abwehr eines Anspruchs ausgeschlossen sind. Dies hat bei § 7 Abs 5 PrüfV 2014 zur Folge, dass die Vergütungsforderung des Krankenhauses nicht auf der Grundlage neuer - präkludierter - Daten durchgesetzt werden kann (vgl zur Wirkung der Präklusion im Rahmen des § 7 Abs 2 Satz 2 bis 4 PrüfV 2014 und zur verfassungsrechtlichen Zulässigkeit materieller Präklusionsregelungen die Urteile vom 18.5.2021 - [B 1 KR 32/20 R](#) und [B 1 KR 24/20 R](#)). Das Krankenhaus verliert das Recht, den Datensatz nach [§ 301 SGB V](#) zu ändern, soweit er Prüfgegenstand der von der KK veranlassten MDK-Prüfung geworden ist; dies auch mit Wirkung für das Gerichtsverfahren.*

16

Voraussetzung für die Fälligkeit des Anspruchs auf eine - wie hier geltend gemachte - höhere Vergütung ist eine ordnungsgemäß korrigierte Abrechnung (vgl auch BSG vom 13.11.2012 - [B 1 KR 14/12 R](#) - *SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 31*). Diese liegt nur vor, wenn die betreffenden Daten nach [§ 301 SGB V](#) rechtmäßig noch übermittelt werden durften. Dagegen kann der Vergütungsanspruch, insbesondere auch eine Nachforderung, weiterhin mit anderen, nicht von der materiellen Präklusion erfassten Daten innerhalb der Grenzen von Verwirkung und

Verjährung erfolgreich durchgesetzt werden. Insoweit müssen die rechtmäßig übermittelten Daten jedoch zutreffend sein; unzutreffende Daten können grundsätzlich keinen Vergütungsanspruch begründen. Die Rechtsfolge des § 7 Abs 5 PrüfV 2014 hat daher Auswirkungen nicht nur für den Austausch der Daten zur Begründung einer Nachforderung, sondern auch für Datenänderungen zur Begründung eines gleichbleibenden oder verminderten Rechnungsbetrags. Denn soweit der nicht mehr veränderbare Teil des Datensatzes unzutreffende Daten enthält, kann das Krankenhaus hierauf regelmäßig keinen durchsetzbaren Vergütungsanspruch stützen. Unzutreffende, nicht mehr änderbare Daten fallen als Berechnungselemente grundsätzlich ersatzlos weg. Dies gilt allerdings nicht, wenn es "nur" um quantitative Angaben geht (zB Dauer der Beatmungsstunden, Geburtsgewicht, OPS-Kodes mit quantitativen Unterscheidungen), also nicht ein Aliud, sondern ein Minus oder ein Plus zutreffend hätte kodiert werden müssen. Wie die Fälle zu behandeln sind, in denen die im Datensatz mitgeteilte, vom Prüfauftrag umfasste Hauptdiagnose (erstgenannte Diagnose) unzutreffend und eine Nachkodierung ausgeschlossen ist, lässt der Senat ausdrücklich offen.

17

Die materielle Präklusionswirkung im beschriebenen Sinne kann erhebliche negative finanzielle Konsequenzen für das Krankenhaus zur Folge haben. Dies zeigt, dass entgegen der Auffassung der beklagten KK § 7 Abs 5 PrüfV 2014 auch ohne Annahme einer materiellen Ausschlussfrist nicht sinnentleert ist.

18

Die Regelung einer solchen materiellen Präklusionswirkung ist durch die Ermächtigungsgrundlage in § 17c Abs 2 KHG gedeckt. Danach regeln der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) "das Nähere zum Prüfverfahren" nach [§ 275 Abs 1c SGB V](#). Die Vorschrift ermächtigt die Parteien der PrüfV dazu, an die Verletzung von Mitwirkungsobliegenheiten im Prüfverfahren Rechtsfolgen zu knüpfen, die auch die Durchsetzbarkeit des Vergütungsanspruchs betreffen. Aus dem gesetzlichen Regelungsauftrag des § 17c Abs 2 KHG folgt jedoch keine zwingende Notwendigkeit eines umfassenden materiell-rechtlichen Anspruchsverlustes bei nachträglichen Datenänderungen durch das Krankenhaus. Ebenso wenig kann dies aus den sonstigen normativen Rahmenbedingungen für die Krankenhausbehandlung hergeleitet werden. Vielmehr sind Nachforderungen in den Grenzen des [§ 242 BGB](#) grundsätzlich zulässig (vgl BSG vom 23.5.2017 - [B 1 KR 27/16 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr 62 RdNr 9 mwN; zur Rechtslage ab 1.1.2020 vgl § 17c Abs 2a Satz 1 KHG).

19

Die aufgezeigte materielle Präklusionswirkung ergibt sich aus der Anwendung der allgemeinen Auslegungsregeln (*dazu aa*), nämlich aus Wortlaut und Binnensystematik der PrüfV (*dazu bb*), dem Regelungssystem (*dazu cc*) sowie Sinn und Zweck der Vorschrift unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte (*dazu dd*).

20

aa) Die Anwendung der normenvertraglichen Bestimmungen der PrüfV 2014 unterliegt den allgemeinen für Gesetze geltenden Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Es ist nicht auf den subjektiven Willen der Beteiligten, sondern auf die objektive Erklärungsbedeutung abzustellen. Den jeweils nicht mit vereinbarten "Umsetzungshinweisen" der DKG (vgl KH 2014, 938 bis 956) und den "Hinweisen" des GKV-Spitzenverbandes (vgl [www.gkv-spitzenverband.de](#), abgerufen am 17.5.2021) zur PrüfV 2014 kommt deshalb keine Bedeutung bei der Auslegung zu. Die objektive Erklärungsbedeutung ist umfassend zu ermitteln (vgl zur normativen Auslegung BSG vom 3.3.1999 - [B 6 KA 18/98 R](#) - juris RdNr 15; BSG vom 22.11.2012 - [B 3 KR 10/11 R](#) - SozR 4-2500 § 132a Nr 6 RdNr 20 mwN). Die für Abrechnungsbestimmungen geltenden Einschränkungen im Sinne einer eng am Wortlaut orientierten, nur durch systematische Erwägungen unterstützten Auslegung gelten nicht. Die Besonderheiten für die Auslegung von Abrechnungsbestimmungen ergeben sich aus ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems (*stRspr*; vgl nur BSG vom 17.12.2019 - [B 1 KR 19/19 R](#) - SozR 4-5562 § 9 Nr 15 RdNr 13 mwN). Die Regelungen der PrüfV stehen nicht unmittelbar im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes, sondern regeln vornehmlich als Verfahrensvorschriften die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens nach [§ 275 Abs 1c SGB V](#). Das Prüfverfahren ist zwar mit einer erheblichen quantitativen Bedeutung in die routinemäßige Abwicklung der Abrechnungsvorgänge eingebunden. Die Prüfverfahrensvorschriften wirken sich aber als Verfahrensregelungen nicht qualitativ auf die Bewertungsrelationen des Vergütungssystems aus. Die Auslegung der Prüfverfahrensregelungen berührt nicht das Verständnis der zu kodierenden Berechnungselemente (insbesondere Diagnosen und Prozeduren) und Kodierregeln, die iVm dem Grouper-Algorithmus die Bewertungsrelationen festlegen. Deshalb hat der Senat auch bisher schon alle anerkannten Auslegungsmethoden bei der Auslegung der PrüfV berücksichtigt (vgl BSG vom 30.7.2019 - [B 1 KR 31/18 R](#) - [BSGE 129, 1](#) = SozR 4-7610 § 366 Nr 2, RdNr 21 bis 24).

21

bb) Die materielle Präklusionswirkung des § 7 Abs 5 Satz 1 und 2 PrüfV 2014 in dem beschriebenen Sinne folgt bereits aus dem Wortlaut der Vorschrift und der Binnensystematik der PrüfV 2014. Die Vorschrift lautet: "Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen sind nur einmalig möglich. Diese hat der MDK nur dann in seine Prüfung einzubeziehen, wenn sie innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens nach § 6 Absatz 2 an die Krankenkasse erfolgen."

22

Das Wort "Datensatz" in § 7 Abs 5 Satz 1 PrüfV 2014 bezieht sich auf die nach [§ 301 SGB V](#) von dem Krankenhaus an die KK übermittelten Daten. Dies folgt ua aus § 3 Satz 1 und 2 PrüfV 2014. Danach erfolgt die Überprüfung der Leistungs- und Abrechnungsdaten durch die KK auf der Grundlage der von den Krankenhäusern nach [§ 301 SGB V](#) korrekt und vollständig zu übermittelnden Daten. Mit den Worten "Daten", "Datensatz" bzw "Datensätzen" wird ebenso in anderen Bestimmungen der PrüfV 2014 auf § 3 Satz 1 und 2 PrüfV 2014 und damit auf die Daten nach [§ 301 SGB V](#) Bezug genommen (vgl § 4 Satz 1, § 5 Abs 1 und 4, § 6 Abs 1 Buchst a und b sowie § 7 Abs 5 Satz 3 PrüfV 2014). Die Änderung dieses Datensatzes ist nach dem Wortlaut des § 7 Abs 5 PrüfV 2014 nur sehr eingeschränkt zulässig. Satz 1 besagt ausdrücklich, dass Korrekturen oder Ergänzungen des Datensatzes "nur einmal möglich" sind. Darüber hinaus wird die Änderung des "Datensatzes" durch die in Satz 2 geregelte Fünf-Monats-Frist ausdrücklich auch zeitlich beschränkt.

23

Gegen ein Verständnis des § 7 Abs 5 PrüfV 2014 als materiell-rechtliche Ausschlussfrist für Nachforderungen des Krankenhauses im Sinne eines vollständigen Anspruchsverlustes allein durch Zeitablauf spricht bereits, dass eine solche Rechtsfolge weder mit diesem Begriff noch mit einer entsprechenden inhaltlichen Regelung im Wortlaut aufzufinden ist. Wegen der weitreichenden Folgen wäre dies jedoch grundsätzlich zu erwarten (vgl hierzu auch BSG vom 23.3.2016 - [B 6 KA 14/15 R](#) - SozR 4-5555 § 17 Nr 1 RdNr 30; BSG vom 13.12.2011 - [B 1 KR 9/11 R](#) - SozR 4-2500 § 133 Nr 6 RdNr 23).

24

cc) Der Wortlautbefund fügt sich in das Regelungssystem ein. Nach der Rspr des BSG bestehen im Verhältnis zwischen Krankenhäusern, KKn und dem MDK Auskunfts- und Prüfpflichten auf drei Ebenen (vgl nur BSG vom 13.11.2012 - [B 1 KR 14/12 R](#) - SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 29 mwN): Auf der ersten Stufe hat das Krankenhaus alle Daten nach [§ 301 Abs 1 SGB V](#) zutreffend und vollständig zu übermitteln (so auch § 3 Satz 3 PrüfV 2014). Ergeben sich für die KK bei der Prüfung dieser Daten sowie weiterer zur Verfügung stehender Informationen Auffälligkeiten, ist auf der zweiten Stufe ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs 1 Nr 1, Abs 1c SGB V](#) einzuleiten (so auch §§ 4 und 6 PrüfV 2014; zur Möglichkeit vor Beauftragung des MDK ein "Vorverfahren" bzw einen "Falldialog" durchzuführen vgl § 5 PrüfV 2014). Die dritte Stufe betrifft das ordnungsgemäß eingeleitete Prüfverfahren und die Prüfung durch den MDK: Das Krankenhaus hat auf dieser Ebene nach [§ 276 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) (hier idF des Krankenhausstrukturgesetzes <KHSG> vom 10.12.2015, [BGBl I 2229](#)) dem MDK alle weiteren Angaben zu machen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Prüffragen benötigt werden (siehe hierzu auch § 7 Abs 2 PrüfV 2014 und dazu Urteile vom 18.5.2021 - [B 1 KR 32/20 R](#) und [B 1 KR 24/20 R](#)).

25

Die durch § 7 Abs 5 PrüfV 2014 geregelte Datenänderung betrifft die erste Stufe der Auskunfts- und Prüfpflichten. Die Erfüllung der auf dieser Ebene geregelten Obliegenheit des Krankenhauses zur Übermittlung der Daten über die Krankenhausbehandlung aus [§ 301 SGB V](#) ist unverzichtbare Grundlage und Bestandteil einer ordnungsgemäßen Abrechnung. Fehlt es an einer dieser Angaben, kann mangels ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit des abgerechneten Krankenhausvergütungsanspruchs nicht eintreten. Ist die Übermittlung von zusätzlichen Daten, die vom Prüfauftrag umfasst sind, durch das Krankenhaus nach § 7 Abs 5 Satz 1 und 2 PrüfV 2014 unzulässig, folgt hieraus zwingend, dass diese Daten keinen oder keinen weitergehenden Vergütungsanspruch auslösen können. Geht es nicht um eine unzulässige Ergänzung des Datensatzes, sondern um dessen unzulässige Korrektur durch Auswechseln bereits übermittelter Daten, gilt im Ergebnis nichts anderes. Fällig werden kann überhaupt nur derjenige Teil der fehlerhaft abgerechneten Vergütung, der ohne Berücksichtigung der fehlerhaften Daten verbleibt. Deren Fälligkeit tritt jedoch auch dann ein, wenn das Krankenhaus seine ursprüngliche Rechnung hinsichtlich der als falsch erkannten Daten nach § 7 Abs 5 PrüfV 2014 nicht mehr korrigieren kann. Dies folgt zwingend aus § 7 Abs 5 PrüfV 2014. Anderenfalls könnte ein Krankenhaus die Fälligkeit seiner Forderung nicht mehr herbeiführen (vgl zur bisherigen stRspr BSG vom 9.4.2019 - [B 1 KR 3/18 R](#) - [BSGE 128, 54](#) = SozR 4-1780 § 161 Nr 3, RdNr 22 ff mwN).

26

dd) Die materielle Präklusionswirkung im beschriebenen Sinne gebietet auch der Regelungszweck des § 7 Abs 5 PrüfV 2014 unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte. Er liegt im Ausgleich zwischen der mit der PrüfV 2014 verfolgten Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens und dem Ziel der Abrechnungsprüfung, auf eine ordnungsgemäße Abrechnung hinzuwirken.

27

Die PrüfV 2014 zielt auf die Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens, das nicht durch wiederholte oder unzeitige Datenänderungen in die Länge gezogen werden soll. Der gesamte Abrechnungsfall soll zügig seinen Abschluss finden. Das zeigt auch die Entstehungsgeschichte. Nach § 17c Abs 2 Satz 1 KHG sollen die Vertragsparteien das Prüfverfahren näher ausgestalten. Anlass hierfür sah der Gesetzgeber ua deshalb, weil nicht in allen Bundesländern Verträge zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs 1 iVm Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) existierten bzw diese nur sehr allgemein gehalten oder veraltet

seien (vgl *BT-Drucks 17/13947 S 38*; *BSG vom 23.5.2017 - B 1 KR 24/16 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 8 RdNr 30*). Die Vertragsparteien sollten es nach § 17c Abs 2 Satz 1 KHG in der Hand haben, die Zusammenarbeit der Krankenhäuser und KKn effektiver und konsensorientierter zu gestalten (vgl *BT-Drucks 17/13947 S 38*; *Ossege in NK-GesundhR, 2. Aufl 2018, § 275 SGB V RdNr 6*; *ähnlich § 1 Satz 1 PrüfV 2014*). Die Regelungen "über die Prüfungsdauer" - die ua in § 7 Abs 5 PrüfV 2014 umgesetzt sind - sollten die Beschleunigung des Prüfverfahrens ermöglichen. Perspektivisch versprach sich der Gesetzgeber davon, dass der Aufwand für Rechnungsprüfungen vermindert werde (vgl *BT-Drucks 17/13947 S 37 f*).

28

Die Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens wird durch § 7 Abs 5 Satz 1 und 2 PrüfV 2014 ua dadurch erreicht, dass der MDK seiner Abrechnungsprüfung (nur) die Daten nach § 301 SGB V zugrunde legen muss, die nach Ablauf oder Ausschöpfung der Änderungsmöglichkeiten vorliegen (*so ausdrücklich § 7 Abs 5 Satz 2 PrüfV 2014*). Der Regelungszweck würde in sein Gegenteil verkehrt und die Vorschrift weitgehend funktionslos, wenn das Krankenhaus dies nach Abschluss des Prüfverfahrens durch die Änderung des geprüften Teils des Datensatzes wieder zunichtemachen könnte. Damit § 7 Abs 5 PrüfV 2014 seinen Zweck erfüllen kann, muss der MDK-Prüfungsumfang auch Konsequenzen für die Durchsetzbarkeit des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses haben. Dieser vorrangige Zweck der Beschleunigung und Konzentration kann zudem nur erreicht werden, wenn die Präklusion nach Abschluss des Prüfverfahrens, insbesondere in einem nachfolgenden Gerichtsverfahren, fortgilt.

29

c) Der Restzahlungsanspruch iH von 735,40 Euro ist nicht nach § 7 Abs 5 Satz 1 und 2 PrüfV 2014 ausgeschlossen. Die vom Krankenhaus vorgenommene Änderung des Datensatzes nach § 301 SGB V wird nicht von der materiellen Präklusionsregelung des § 7 Abs 5 Satz 1 und 2 PrüfV 2014 erfasst.

30

Der sachliche Anwendungsbereich des § 7 Abs 5 PrüfV 2014 ist beschränkt. Änderungen des Datensatzes sind nur unzulässig, soweit dieser Gegenstand des Prüfverfahrens geworden ist. Dies folgt aus § 7 Abs 5 Satz 3 PrüfV 2014. Danach kann das Krankenhaus bei einer Erweiterung des Prüfgegenstandes bzw "Prüfanlasses", unabhängig von § 7 Abs 1 Satz 1 PrüfV 2014, zusätzlich einmalig Daten innerhalb von fünf Monaten nach der Erweiterung ändern. Diese Regelung wäre überflüssig, wenn § 7 Abs 1 Satz 1 PrüfV 2014 von vornherein auch jede Datenänderung außerhalb des Prüfgegenstandes erfassen würde, also mit Einleitung des Prüfverfahrens jede Datensatzergänzung und -korrektur nach Ablauf von fünf Monaten ausgeschlossen wäre. Dies befindet sich im Einklang mit dem Regelungssystem. § 4 PrüfV 2014 weist der KK das Recht und die hiermit korrespondierende Aufgabe zu, den Prüfgegenstand festzulegen (*zur Möglichkeit der Erweiterung des Prüfgegenstandes mittels Anzeige gegenüber dem Krankenhaus vgl § 6 Abs 3 Satz 3 und 4 PrüfV 2014*). Das Recht der KK zur Festlegung des Prüfgegenstandes birgt als Kehrseite auch das sich in einer Verzögerung des Abrechnungsfalles realisierende Risiko, dass sich die Festlegung im Nachhinein als unzureichend herausstellt. Das Krankenhaus hat dagegen keine Möglichkeit, den Prüfgegenstand festzulegen oder zu erweitern.

31

Die hier für die Durchsetzung der Nachforderung - auf Basis der DRG B04B - vorgenommene Datenänderung umfasste die Übermittlung der bisher nicht übermittelten Nebendiagnosen I50.01 (*Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz*), J91 (*Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten*) und I34.1 (*Mitralklappenprolaps*). Die Datensatzänderung lag folglich außerhalb des Prüfgegenstandes, der sich auf kodierte Prozeduren und das Überschreiten der oberen Grenzwelldauer bezog (*zur Auslegung des Prüfauftrags vgl BSG vom 30.7.2019 - B 1 KR 31/18 R - BSGE 129, 1 = SozR 4-7610 § 366 Nr 2, RdNr 15 mwN*).

32

d) Das Krankenhaus war auch nicht nach Treu und Glauben in Gestalt der Verwirkung gehindert, seine Abrechnung zu ändern und eine weitere Vergütung geltend zu machen (*zu dem innerhalb der Verjährungsfrist für Nachforderungen der Krankenhäuser geltenden Grundsatz von Treu und Glauben aus § 242 BGB vgl BSG vom 19.11.2019 - B 1 KR 10/19 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 80 RdNr 12 bis 19*). Es fehlt jedenfalls an dem für die Annahme einer Verwirkung erforderlichen "Zeitmoment". Selbst wenn an den (früheren) Zeitpunkt der vorbehaltlosen Erteilung der ersten Schlussrechnung angeknüpft wird, ist bis zur Erteilung der geänderten Schlussrechnung kein hinreichend langer Zeitraum vergangen. Es lag zwischen der ersten und der geänderten Schlussrechnung kein volles Haushaltsjahr der KK (*vgl hierzu BSG vom 19.11.2019 - B 1 KR 10/19 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 80 RdNr 13*).

33

2. Ob der Vergütungsanspruch des Krankenhauses für die stationäre Behandlung des Versicherten vom 18.5. bis 14.6.2016 neben den von der KK anerkannten 11 997,62 Euro auch die streitig gebliebenen 735,40 Euro umfasst, wird das LSG nunmehr insbesondere im Hinblick auf

die nachkodierten Nebendiagnosen festzustellen haben.

34

Die Feststellungen zur Höhe des Vergütungsanspruchs sind im vorliegenden Fall nicht schon deswegen entbehrlich, weil die KK gegen die geänderte Schlussrechnung vom 29.3.2017 kein Prüfverfahren innerhalb der Frist des [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) (hier idF des KHSG vom 10.12.2015, [BGBI I 2229](#)) eingeleitet hat. Die KK ist in solchen Fällen bei ihrer Prüfung auf die Daten beschränkt, die das Krankenhaus ihr im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung bzw sonst aus freien Stücken zur Verfügung stellt. Diese Beschränkungen gelten auch im Gerichtsverfahren fort (vgl zB BSG vom 19.4.2016 - [B 1 KR 33/15 R - BSGE 121, 101](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr 57, RdNr 21 mwN). Aus den vorinstanzlichen Akten ergibt sich, dass das Krankenhaus die Patientenakte in das Gerichtsverfahren eingeführt hat. Diese muss das LSG bei seiner erneuten Entscheidung berücksichtigen. Daneben bleibt es dem Krankenhaus unbenommen, weitere Unterlagen zur Stützung seines Anspruchs in das Verfahren einzuführen.

35

3. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2](#), [§ 52 Abs 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2022-01-20