

L 10 KR 646/22 KH

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10.
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 47 KR 2251/21 KH
Datum
10.08.2022
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KR 646/22
Datum
06.12.2023
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 10.08.2022 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auf 4.765,18 € festgesetzt.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe der Vergütung von zwei stationären Krankenhausbehandlungen.

Die Beklagte betreibt ein nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus, in dem die 0000 geborene und bei der Beklagten krankenversicherte Frau E. N. (*im Folgenden: Versicherte*) vom 03.02.2019 bis 27.02.2019 sowie vom 18.03.2019 bis zu ihrem Tod am 00.00.2000 vollstationär behandelt wurde.

Für den ersten Aufenthalt machte die Klägerin gegenüber der Beklagten mit am 04.03.2019 eingegangener Rechnung vom 28.02.2019 unter Berücksichtigung der Fallpauschale (*German Diagnosis Related Groups - Version 2019, im Folgenden: DRG*) R60F (*Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern*) einen Betrag i.H.v. 9.886,48 € geltend. Hierbei kodierte sie u.a. das Zusatzentgelt (ZE) 146.06 (*Gabe von Thrombozytenkonzentraten*). Die Beklagte beglich den Rechnungsbetrag und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Überprüfung der Abrechnung. Als Prüfungsgegenstand nach § 4 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) gemäß § 17c Abs. 2 KHG vom 03.02.2016 (*PrüfV 2016*) nennt die Prüfmitteilung des MDK vom 11.03.2019 „sekundäre Fehlbelegung“ und „Kodierprüfung“ mit u.a. der Fragestellung „Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt? Ist die Anzahl der Thrombozytenkonzentraten des ZB 146.06 korrekt?“.

Mit gutachterlicher Stellungnahme vom 27.08.2019 bestätigte der MDK den Rechnungsbetrag.

Mit Nachtragsrechnung vom 24.05.2020 berechnete die Klägerin einen weiteren Betrag i.H.v. 3.549,60 € unter Kodierung der ZE 124.06

(Gabe von Azacytin, parenteral - 600 mg) und ZE 150.04 (Gabe von Posaconazol; oral). Die Beklagte wies diese Rechnung hinsichtlich des ZE 150.04 am 09.06.2020 zurück, da die Frist zur Nachkodierung abgelaufen sei.

Für die zweite Behandlung der Versicherten machte die Klägerin mit Rechnung vom 03.04.2015 unter Angabe der DRG R60E (*Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierte Diagnose, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern*) einen Betrag i.H.v. 19.380,60 € geltend und kodierte hierbei u.a. die ZE 146.05 (Gabe von Thrombozytenkonzentraten), ZE 156.05 (Gabe von Decitabine, parenteral - 150 mg) sowie ZE 75.05 (Gabe von Liposomalem Cytarabin). Die Beklagte beglich auch diesen Rechnungsbetrag und beauftragte den MDK mit der Überprüfung der Abrechnung. Ausweislich der Prüfmitteilung des MDK vom 10.04.2019 war Prüfgegenstand eine „Kodierprüfung“ mit der Fragestellung:

„Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt? (Anlagen 2/5,4/6F PV)“ Anhand der übermittelten Diagnosen lässt sich die Behandlung mit den ZE's: ZE75.05/OPS 6-002.a4, ZE156.05/OPS 6-004.44 und ZE146.05/OPS 8-800.g5 nicht nachvollziehbar begründen. Bestand die medizinische Notwendigkeit zur Erbringung dieses ZE? Sind die Indikationen gegeben? Sind die Mengenangaben korrekt?“

Mit gutachterlicher Stellungnahme vom 08.10.2019 vertrat der MDK die Auffassung, die ZE seien zu streichen, da deren Anforderungen nicht erfüllt seien. Die Beklagte teilte der Klägerin dies im Folgenden mit und machte einen Erstattungsanspruch i.H.v. 12.619,57 € geltend. Es wurde um Übermittlung einer Stornogutschrift und Neuberechnung des Falles gebeten. Dieser Aufforderung kam die Klägerin mit korrigierter Rechnung vom 29.10.2019 sowie entsprechender Rechnungsstornierung nach.

Mit Nachtragsrechnung vom 24.05.2020 kodierte die Klägerin das ZE 150.06 (Gabe von Prosaconazol) und machte einen weiteren Betrag von 1.215,58 € geltend. Die Beklagte wies auch diese Nachberechnung zurück, da eine Nachkodierung nicht mehr möglich sei.

Am 20.12.2021 hat die Klägerin Klage auf Zahlung von insgesamt 4.765,18 € nebst Zinsen beim Sozialgericht Köln erhoben. Weder die Regelungen der PrüfvV 2016 noch der Gesichtspunkt der Verwirkung stünden der Nachberechnung der ZE entgegen. Die Forderungen seien nicht gemäß § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 präkludiert. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei erheblich, dass die Nachberechnung außerhalb der Prüfgegenstände der MDK-Prüfung erfolgt sei (*Urteil vom 18.05.2021 - B 1 KR 39/20 R*). Die nachkodierten ZE seien von der Beklagten nicht streitig gestellt worden und von den ursprünglichen MDK-Prüfungen nicht erfasst gewesen. Die Präklusionsregelung greife insofern nicht ein. Die Beklagte verkenne, dass gerade nicht abstrakte ZE, sondern nur bestimmte ZE Prüfungsgegenstand gewesen seien. Der Prüfauftrag habe sich damit gerade nicht auf die strittigen ZE bezogen. Für den MDK habe kein Anlass bestanden, nicht abgerechnete ZE zu prüfen. Damit habe die Nachberechnung auch keinen Einfluss auf die Dauer des Prüfverfahrens gehabt. Der Gesichtspunkt einer „Beschleunigung“ schließe eine Nachberechnung deshalb nicht aus. Zudem sei zu berücksichtigen, dass die Beklagte nach Geltendmachung der ZE durch die Klägerin kein erneutes MDK Prüfverfahren eingeleitet bzw. die medizinische Berechtigung der ZE nicht in Abrede gestellt habe. Es sei nicht ersichtlich, weshalb ein unstrittiger Tatbestand nicht nachberechnet werden könne.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, dass die Nachberechnungen gemäß § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 nicht mehr zulässig gewesen seien, da sie Prüfgegenstand gemäß § 4 PrüfvV 2016 und somit von einer nachträglichen Änderung nach Ablauf der Frist ausgeschlossen gewesen seien.

Mit Urteil vom 10.08.2022 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Klägerin sei nicht berechtigt gewesen, die streitgegenständlichen ZE nachzukodieren und die Nachforderungen in Rechnung zu stellen, weil diese Korrekturen erst nach Ablauf der Fünfmonatsfrist des § 7 Abs. 5 S. 2 PrüfvV 2016 erfolgt seien. § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 bewirke eine materielle Präklusion mit der Rechtsfolge, dass Änderungen des vom Krankenhaus zu Abrechnungszwecken an die Krankenkasse übermittelten Datensatzes nach Ablauf der in der PrüfvV 2016 geregelten Änderungsfristen unzulässig seien, soweit dieser Gegenstand des Prüfverfahrens geworden sei. Änderungen des durch den MDK geprüften Teils des Datensatzes nach § 301 SGB V außerhalb der in § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 geregelten Änderungsmöglichkeiten seien – auch mit Wirkung für ein gegebenenfalls nachfolgendes Gerichtsverfahren – unzulässig. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses könne nicht erfolgreich auf Grundlage von neuen (geänderten oder ergänzten) Daten durchgesetzt werden, deren Übermittlung unzulässig sei. § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 begründe eine materielle Präklusion. Die PrüfvV 2016 ziele auf die Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens, das nicht durch wiederholte und unzeitige Datenänderungen in die Länge gezogen werden solle. Der gesamte Abrechnungsfall solle zügig seinen Abschluss finden. 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 könne. Vorliegend hätten die für die Durchsetzung der Nachforderungen vorgenommenen Datenänderungen die Übermittlung von bisher nicht übermittelten ZE umfasst. Diese Datensatzänderungen lägen innerhalb des Prüfgegenstandes der von der Beklagten eingeleiteten und der Klägerin angezeigten Prüfung. Zwar sei die Fragestellung dahingehend konkretisiert worden, ob die abgerechneten ZE korrekt seien und es sei eine Nachkodierung von zuvor nicht abgerechneten ZE erfolgt. Der MDK habe mit den jeweiligen Prüfanzeigen als Prüfungsgegenstand aber auch u.a. eine Kodierprüfung angezeigt. Diese Auslegung lasse sich auch mit dem Wortlaut des § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 in Einklang bringen, wonach „Korrekturen und Ergänzungen“ von Datensätzen nur einmalig innerhalb von fünf Monaten möglich seien. Würde man der Ansicht der Klägerin folgen, wonach die Nachkodierung bisher nicht berücksichtigter Diagnosen, OPS oder ZE zulässig sei, weil diese nicht Gegenstand des Prüfverfahrens geworden seien, sei eine „Ergänzung“ von Datensätzen entgegen dem eindeutigen Wortlaut der Regelung stets möglich. Soweit die Klägerin vortrage, dass sich die PrüfvV 2016 allenfalls zu medizinisch streitigen Fragen verhalten könne und die

nachkodierten ZE von der Beklagten nicht streitig gestellt worden seien, bestehe kein Anlass zu einer anderen Sichtweise. Denn ob medizinische Fragen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse letztlich streitig würden, entscheide sich erst nach Prüfung durch den MDK. Vorliegend sei das Prüfverfahren jedoch bereits beendet und eine neue Prüfung durch den MDK nach Abschluss des Verfahrens nicht mehr vorgesehen gewesen, da die Ergänzung der Datensätze bereits unzulässig gewesen sei. Der vorliegende Sachverhalt unterscheidet sich auch grundlegend von den Urteilen des BSG vom 18.05.2021 ([B 1 KR 34/20 R](#) und [B 1 KR 39/20 R](#)), in denen Prüfgegenstand gerade nicht die vom Krankenhaus nachkodierten OPS bzw. Nebendiagnosen gewesen seien.

Gegen das am 15.09.2022 zugestellte Urteil hat Klägerin am 16.09.2022 Berufung eingelegt. Zur Begründung wiederholt sie ihr bisheriges Vorbringen und trägt ergänzend vor, das Sozialgericht habe sich zur Frage einer Auffälligkeit, die Anlass für eine MDK-Prüfung sei, nicht erklärt. Soweit ein medizinischer Streit zwischen den Beteiligten von Anfang an nicht bestehe und durch die Krankenkasse keine Auffälligkeit festgestellt und geltend gemacht worden sei, komme es nicht zu einem Prüfverfahren, sodass die PrüfV 2016 insoweit gar nicht anwendbar sei, da deren Regelungsbereich bzw. Legitimationsansatz nicht betroffen sei. Auch bestehe für den MDK in der Regel kein Anlass, rein präventiv nicht abgerechnete Zusatzentgelte zu prüfen. Insofern sei es nicht nachvollziehbar, warum eine Nachberechnung Sinn und Zweck der PrüfV 2016 widersprechen solle. Prüfgegenstand seien gerade nur bestimmte und benannte ZE gewesen. Die Nachberechnung eines nicht in der Rechnung ausgewiesenen ZE bleibe damit zulässig. Auch sei die Auffassung des Sozialgerichts nicht mit § 4 S. 1 PrüfV 2016 zu vereinbaren, wonach die Krankenkassen verpflichtet seien, den Krankenhäusern Auffälligkeiten „so konkret wie möglich“ mitzuteilen. Hiermit lasse es sich nicht vereinbaren, die Nachberechnung aller ZE auszuschließen. Die Gegenstände der Nachforderung und des Prüfverfahrens seien nicht identisch gewesen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 10.08.2022 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 3.549,60 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 12.06.2020 sowie 1.215,58 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 12.06.2020 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Das Sozialgericht habe unter Beachtung der Rechtsprechung des BSG rechtsfehlerfrei festgestellt, dass der Klageanspruch nicht bestehe, da die Korrekturen der Datensätze hinsichtlich der strittigen ZE und Nachforderungen erst am 24.05.2020 und damit nach Ablauf der Fünfmonatsfrist gemäß § 7 Abs. 5 S. 2 PrüfV 2016 erfolgt sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten, den Inhalt der Verwaltungsvorgänge der Beklagten und der Patientenakte der Klägerin Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung weiterer 3.549,60 € für die Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 03.02.2019 bis zum 27.02.2019 bzw. weiterer 1.215,58 € für die vom 18.03.2019 bis 02.04.2019 erfolgte Behandlung.

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig. Bei einer auf Zahlung der (Rest-) Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses bzw. eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse oder umgekehrt bei einer auf Erstattung einer gezahlten Vergütung gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus oder einen Krankenhausträger handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. etwa BSG, Urteil vom 17.06.2000 - [B 3 KR 33/99 R](#) -, juris Rn. 14; Urteil vom 23.07.2002 - [B 3 KR 64/01R](#) -, juris Rn.13), sodass es eines Vorverfahrens nicht bedurfte und eine Klagefrist nicht einzuhalten war.

Die Klage ist jedoch unbegründet, da die Klägerin nicht berechtigt war, ihre Rechnungen vom 28.02.2019 bzw. 03.04.2019 mit Nachtragsrechnungen vom 24.05.2020 zu ändern und weitere 3.549,60 € bzw. 1.215,58 € nebst Zinsen nachzufordern.

Zwar stand der Klägerin dem Grunde nach ein Vergütungsanspruch für die unstreitig erforderlichen stationären Krankenhausbehandlungen der Versicherten zu (vgl. zu den Grundvoraussetzungen des Vergütungsanspruchs BSG, Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) –, juris Rn. 13, 15 m.w.N.; Urteil vom 19.03.2020 – [B 1 KR 22/18 R](#) –, Rn. 11 m.w.N.; zum rechtlichen Rahmen der Fallpauschalenvergütung, insbesondere des Groupierungsvorganges und zur Rechtsqualität der Fallpauschalenvereinbarung: BSG, Urteil vom 08.11.2011 [a.a.O.](#) Rn. 15 ff.).

Die Klägerin durfte die streitbefangenen ZE jedoch weder nachkodieren, noch ihre Abrechnungen am 24.05.2020 korrigieren und damit den Restvergütungsanspruch fällig stellen, da insofern gemäß § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 eine materielle Präklusion eingetreten ist.

§ 7 Abs. 5 PrüfV 2016 ist zeitlich auf die im Jahr 2019 durchgeführte Krankenhausbehandlung der Versicherten anwendbar. Die mit Wirkung zum 01.01.2017 aufgrund der Ermächtigung des § 17c Abs. 2 KHG (*i.d.F. des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.07.2013, BGBl. I 2423*) in Kraft getretene und später gekündigte PrüfV 2016 erfasst Überprüfungen bei Versicherten, die ab dem 01.01.2017 bis zum 31.12.2019 aufgenommen wurden (§ 13 Abs. 1 PrüfV 2016, Art. 1 der Übergangsvereinbarung vom 10.12.2019 zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V gemäß § 17c Abs. 2 KHG vom 03.02.2016).

§ 7 Abs. 5 PrüfV 2016 beinhaltet eine materielle Präklusionsregelung mit der Rechtsfolge, dass Änderungen zugunsten des vom Krankenhaus zu Abrechnungszwecken an die Krankenkasse übermittelten Datensatzes nach Ablauf der in der PrüfV 2016 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 2016 geregelten Änderungsmöglichkeiten sind – auch mit Wirkung für ein nachfolgendes Gerichtsverfahren – unzulässig. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses kann nicht erfolgreich auf Grundlage von neuen (geänderten oder ergänzten) Daten durchgesetzt werden, deren Übermittlung unzulässig ist (vgl. BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 37/20 R](#) –, Rn. 16).

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 S. 1-4 PrüfV 2016 der Anspruch auf die weitere Vergütung nicht allein wegen des Fristablaufs unter. Die Vorschrift führt nicht zum Erlöschen des durch die Behandlungsleistung entstandenen Vergütungsanspruchs. Sie begründet vielmehr eine materielle Präklusion. Nach dem jeweiligen Regelungszusammenhang erforderliche Handlungen zur Durchsetzung oder Abwehr eines Anspruchs sind mithin ausgeschlossen sind. Dies hat bei § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 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 S. 2-4 PrüfV 2014 und zur verfassungsrechtlichen Zulässigkeit materieller Präklusionsregelungen BSG, Urteile vom 18.05.2021 – [B 1 KR 32/20 R](#); [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 Krankenkasse veranlassten MDK-Prüfung geworden ist; dies auch mit Wirkung für das Gerichtsverfahren (BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 37/20 R](#) –, Rn. 17, m.w.N.).

Voraussetzung für die Fälligkeit des Anspruchs auf eine – wie hier geltend gemachte – höhere Vergütung ist eine ordnungsgemäß korrigierte Abrechnung. Diese liegt nur vor, wenn die betreffenden Daten nach § 301 SGB V noch rechtmäßig übermittelt werden durften. Der Vergütungsanspruch, insbesondere auch eine Nachforderung, kann weiterhin allein mit anderen, nicht von der materiellen Präklusion erfassten Daten innerhalb der Grenzen von Verwirkung und Verjährung erfolgreich durchgesetzt werden. Insofern müssen die rechtmäßig übermittelten Daten jedoch zutreffend sein; unzutreffende Daten können grundsätzlich keinen Vergütungsanspruch begründen. Die Rechtsfolge des § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 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 veränderbare Daten fallen als Berechnungselemente grundsätzlich ersatzlos weg. Dies gilt allerdings nicht, wenn es „nur“ um quantitative Angaben geht (z.B. Dauer der beatmungststunden, Geburtsgewicht, Operationen- und Prozedurenschlüssel-Codes mit quantitativen Unterscheidung), also nicht ein Aliud, sondern ein Minus oder Maius zutreffend hätte kodiert werden müssen (BSG *a.a.O.* Rn 18 m.w.N.).

Die materielle Präklusionswirkung im beschriebenen Sinne kann erhebliche negative finanzielle Konsequenzen für das Krankenhaus zur Folge haben. Die Regelung einer solchen materiellen Präklusionswirkung ist durch die Ermächtigungsgrundlage in § 17c Abs. 2 KHG gedeckt (vgl. insofern ausführlich BSG *a.a.O.* Rn. 19-30 m.w.N.).

Das Wort „Datensatz“ in § 7 Abs. 5 S. 1 PrüfVv bezieht sich auf die nach [§ 301 SGB V](#) von dem Krankenhaus an die Krankenkasse übermittelten Daten. Dies folgt u.a. aus § 3 S. 1 und 2 PrüfVv 2016. Danach erfolgt die Überprüfung der Leistungs- und Abrechnungsdaten durch die Krankenkasse auf 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 PrüfVv 2016 auf § 3 S. 1 und 2 PrüfVv 2016 und damit auf die Daten nach [§ 301 SGB V](#) Bezug genommen (vgl. § 4 S. 1, § 5 Abs. 1-3 und 5, § 6 Abs. 1 Buchst. a und b sowie § 7 Abs. 5 S. 5 PrüfVv 2016). Die Änderung dieses Datensatzes ist nach dem Wortlaut des § 7 Abs. 5 PrüfVv 2016 nur sehr eingeschränkt zulässig. S. 1 besagt ausdrücklich, dass Korrekturen oder Ergänzungen des Datensatzes „nur einmal möglich“ sind. Darüber hinaus wird die Änderung des „Datensatzes“ durch die in S. 2 geregelte Fünfmonatsfrist – die nach Maßgabe des S. 3 und 4 früher enden kann – ausdrücklich auch zeitlich beschränkt (*BSG a.a.O. Rn 24 m.w.N.*).

Die durch § 7 Abs. 5 PrüfVv 2016 geregelte Datenänderung betrifft die erste Stufe der Auskunfts- und Prüfpflichten (vgl. *zum gestuften Prüfverfahren BSG a.a.O. Rn. 26 m.w.N.*). 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 S. 1-4 PrüfVv 2016 unzulässig, folgt hieraus zwingend, dass diese Daten keinen oder keinen weitergehenden Vergütungsanspruch auslösen können (vgl. *BSG a.a.O. Rn. 27*).

Die PrüfVv 2016 und auch die materielle Präklusionswirkung 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. Die Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens wird durch § 7 Abs. 5 S. 1-4 PrüfVv 2016 u.a. 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. 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 PrüfVv 2016 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 (*BSG a.a.O. Rn. 28-30 m.w.N.*).

Im vorliegenden Falle waren die abgerechneten ZE Gegenstand der Prüfverfahren sowie der Prüfmitteilungen des MDK. Die durch die Klägerin vorgenommene Änderung des Datensatzes nach [§ 301 SGB V](#) durch Nachkodierung der streitigen ZE wird daher von der materiellen Präklusionswirkung des § 7 Abs. 5 S. 1 und 2 PrüfVv 2016 erfasst. Die für die Durchsetzung der Nachforderung vorgenommene Datenänderung umfasste die Übermittlung der bisher nicht übermittelten ZE 150.04,124.06 sowie 150.06. Die Datensatzänderung lag auch nicht außerhalb des Prüfgegenstandes. Insofern ist es unerheblich, dass der MDK in seinen Prüfmitteilungen vom 11.03.2019 und 10.04.2019 eine Konkretisierung der „Kodierprüfung“ hinsichtlich der Fragestellung vorgenommen und auf die tatsächlich abgerechneten ZE abgestellt hat.

Entgegen der Auffassung der Klägerin liegt hierin keine Beschränkung des Prüfgegenstandes nur auf diese tatsächlich abgerechneten ZE. Die Auslegung der Prüfanzeigen des MDK ist nach den Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen vorzunehmen (vgl. *BSG, Urteil vom 30.07.2019 - B 1 KR 31/18 R -*; *BSG, Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R -*; *zusammenfassend LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 26.04.2022 - L 11 KR 3309/20 -*, *juris, Rn. 32, m.w.N.*). Nach [§ 133 BGB](#) ist bei der Auslegung von Willenserklärungen der wirkliche Wille der Erklärenden zu erforschen. Dabei ist vom Wortlaut der Erklärung auszugehen und demgemäß in erster Linie dieser und der ihm zu entnehmende objektiv erklärte Parteiwille zu berücksichtigen (*LSG Baden-Württemberg a.a.O. m.w.N.*). Dabei sind empfangsbedürftige Willenserklärungen, bei deren Verständnis regelmäßig auch der Verkehrsschutz und der Vertrauensschutz des Erklärungsempfängers maßgeblich sind, so auszulegen, wie der Erklärungsempfänger die Erklärung nach Treu und Glauben und mit Rücksicht auf die Verkehrssitte verstehen musste (*LSG Baden-Württemberg a.a.O.*).

In Anwendung dieser Grundsätze ist die Prüfanzeige des MDK dahingehend auszulegen, dass Prüfgegenstand vorliegend die Kodierung der abrechnungsfähigen ZE insgesamt war. Der MDK zeigte der Klägerin Kodierprüfungen an. Damit brachte er unmissverständlich zum Ausdruck, dass eine vollständige und unbeschränkte Überprüfung der Kodierung der ZE angestrebt war, was auch zwanglos für einen objektiven Erklärungsempfänger aus dem maßgeblichen Verkehrskreis (Krankenhäuser i.S.d. [§ 108 SGB V](#)) erkennbar war. In der Benennung der durch die Klägerin konkret abgerechneten ZE hat er die angezeigte Art der Prüfung (Kodierprüfung) nicht auf eine Teilprüfung der Abrechnung beschränkt. Vielmehr kam der MDK nur der Obliegenheit nach § 4 S. 2 PrüfVv 2016 nach, die beanstandeten ZE konkret zu benennen und hat damit lediglich zum Ausdruck gebracht, dass insbesondere diese geprüft werden sollten. Gleichwohl ergibt sich aus der Prüfungsmitteilung des MDK, dass eine Kodierprüfung stattfinden und damit die ZE (insgesamt) überprüft werden sollten. Eine konkrete Benennung der nachkodierten ZE war ihm bereits deshalb nicht möglich, da ihm diese mangels Berechnung nicht bekannt waren. Die Klägerin hätte insofern die Möglichkeit gehabt, die streitigen ZE innerhalb der Frist des § 7 Abs. 5 S. 2 PrüfVv 2016 nachzukodieren und den Datensatz gemäß [§ 301 SGB V](#) damit in vergütungsrelevanter Weise zu ergänzen. Da die Klägerin dies nicht getan hat, tritt die materielle Präklusion gemäß § 7 Abs. 5 S. 2 PrüfVv 2016 ein. Andernfalls könnte der Regelungszweck des § 7 Abs. 5 PrüfVv, wonach der gesamte Abrechnungsfall zügig seinen Abschluss finden soll (vgl. *BSG, a.a.O. Rn 29*), nicht erreicht werden. Vielmehr würde der Regelungszweck in sein Gegenteil verkehrt und die Vorschrift weitgehend funktionslos, da das Krankenhaus das Ergebnis der MDK-Prüfung nach Abschluss des Prüfverfahrens durch die Änderung des geprüften Teils des Datensatzes wieder zunichtemachen und hierdurch ein (erneutes) Prüfverfahren veranlasst werden könnte (*a.A wohl Schleswig-Holsteinisches LSG, Urteil vom 25.04.2023 - L 10 KR 15/21 -*, *juris, Rn. 35*).

Der Senat sieht sich in seiner Rechtsauffassung durch das in dem Urteil des BSG vom 18.05.2021 ([B 1 KR 34/20 R](#), hier: Rn. 17) aufgeführte Fallbeispiel, welches zur Verdeutlichung der materiellen Präklusionswirkung des § 7 Abs. 5 PrüfV 2014 dienen sollte, bestätigt. Das BSG hat hier nach Ablauf der Frist gemäß § 7 Abs. 5 PrüfV 2014 nachkodierte Nebendiagnosen als nicht mehr berücksichtigungsfähig angesehen, nachdem die zuvor kodierten Nebendiagnosen bereits Gegenstand der Prüfung des MDK waren. Es ist nicht ersichtlich, dass sich der vorliegende Fall, in welchem ZE nach Ablauf der Frist gemäß § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 geltend gemacht wurden und die zuvor kodierten ZE bereits Gegenstand der Prüfung des MDK waren, substantiell von diesem Fallbeispiel unterscheidet.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aufgrund der weiteren Entscheidungen des BSG vom gleichen Tage ([B 1 KR 37/20](#) und [B 1 KR 39/20 R](#)). Die diesen Verfahren zugrunde liegenden Sachverhalte sind ersichtlich mit dem Sachverhalt des vorliegenden Verfahrens nicht vergleichbar. Im erstgenannten Verfahren hat das BSG die Änderung der Hauptdiagnose, welche Gegenstand der MDK-Prüfung war, grundsätzlich vom Anwendungsbereich des § 7 Abs. 5 PrüfV als erfasst angesehen (BSG, Urteil vom 18.05.2021 - [B 1 KR 37/20](#) -, Rn. 32, juris). Die nachträgliche Korrektur des Datensatzes nach Ablauf der Fristen des § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 hat es unter teleologischer Reduktion des Wortlauts der Vorschrift jedoch (nur) für solche Fälle zugelassen, in denen die Änderung des Datensatzes lediglich in Umsetzung des MDK-Prüfergebnisses erfolgt, sodass hierdurch kein weiterer Aufwand und damit keine weitere Verzögerung entstehen kann. Diese Fallkonstellation liegt hier aber gerade nicht vor, da die Klägerin hinsichtlich der nachkodierten ZE gerade nicht die Prüfungsergebnisse des MDK umsetzt, sondern den gemäß [§ 301 SGB V](#) übermittelten Datensatz teilweise nachträglich ändert bzw. ersetzt. In dem weiteren Verfahren wurden zusätzliche Nebendiagnosen kodiert, während Gegenstand der MDK-Prüfung die Überprüfung des OPS und die Erforderlichkeit des Überschreitens der oberen Grenzverweildauer, nicht aber die Nebendiagnosen waren.

Soweit die Klägerin darüber hinaus geltend macht, die nachkodierten ZE seien nicht streitig, da eine MDK-Prüfung insofern nicht eingeleitet worden sei, verkennt sie, dass eine solche Prüfung deshalb nicht eingeleitet worden ist, weil die Beklagte bereits davon ausgegangen ist, dass hinsichtlich der Nachkodierung die materielle Präklusion eingetreten ist. Damit hat sie aber nicht zugestanden, dass die nachkodierten ZE zu Recht geltend gemacht worden sind.

Es trifft auch nicht zu, dass die Nachkodierung außerhalb der Frist gemäß § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 keinen Einfluss auf die Dauer des Prüfverfahrens gehabt hätte. Denn ohne die materielle Präklusion hätte die Gefahr der Einleitung eines (weiteren) Prüfverfahrens und damit eine Verzögerung der Abrechnung des gesamten Abrechnungsfalls bestanden.

War die Nachkodierung nach o.g. bereits aufgrund der materiellen Präklusion gemäß § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 ausgeschlossen, kann die Frage, ob die Voraussetzungen der strittigen ZE im Behandlungsfall der Versicherten tatsächlich vorlagen und diese damit dem Grunde nach kodierfähig waren, dahinstehen.

Kostenentscheidung und Streitwertfestsetzung folgen aus [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#) bzw. [§§ 63 Abs. 2 S. 1, 52 Abs. 1, 47 Abs. 1 S. 1 GKG](#).

Anlass, gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) die Revision zuzulassen, besteht nicht.

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-04-30