

B 1 KR 27/21 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
S 49 KR 606/17
Datum
10.10.2019
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KR 949/19
Datum
30.04.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 27/21 R
Datum
22.06.2022
Kategorie
Urteil

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 30. April 2020 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1637,98 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

2

Das klagende Krankenhaus behandelte den bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten H. R. (im Folgenden: der Versicherte) stationär vom 13.4. bis 23.5.2016 wegen eines Schlaganfalls und berechnete hierfür 22 689,99 Euro nach Fallpauschale (DRG) B11Z (Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur) unter Kodierung ua des OPS-Kodes 8-83b.80 (Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems zur Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung) und Abrechnung des Zusatzentgelts (ZE) 133.01 (Perkutan-transluminale Fremdkörperentfernung und Thrombektomie an intrakraniellen Gefäßen unter Verwendung eines Mikrodrahtretriever-Systems). Die KK zahlte diesen Betrag zunächst, leitete anschließend jedoch eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein zu den Fragen: "1. Ist / sind die Prozedur(en) korrekt? 2. Sind die abgerechneten Zusatzentgelte korrekt?". Der MDK bat das Krankenhaus um Übersendung "sämtlicher prüfungsrelevanter Unterlagen, mindestens jedoch um Übersendung der folgenden Unterlagen": "Arztbrief(e)/Entlassungsbericht(e), Fieberkurven komplett, Dokumente zum OPS/ZE: siehe unten, Sonstiges: Dokumentation zu Physiotherapie und Ergotherapie OPS9-200.*, ZE130.*, OPS8-83b.80, ZE133.01, Pflegebericht, Operations-, PTCA-, PTA-Bericht(e), Vollständige Pflegedokumentation/Dokumentation zum PKMS" (*Schreiben vom 16.6.2016*). Der MDK beanstandete, dass die Erfüllung der von dem OPS-Kode 8-83b.80 geforderten Materialvoraussetzungen aus dem Dokumentationsbogen nicht eindeutig hervorgehe und damit auch das ZE133.01 nicht abzurechnen sei (*Gutachten vom 30.9.2016*). Die KK verrechnete den sich daraus ergebenden Differenzbetrag von 1637,98 Euro mit anderen unstrittigen Vergütungsforderungen des Krankenhauses.

3

Im Klageverfahren hat das SG die Patientenakte beigezogen. Auf deren Grundlage bestätigte der MDK das Vorliegen der Voraussetzungen des OPS-Kodes 8-83b.80 anhand des Interventionsprotokolls und der Chargenaufkleber. Das SG hat die KK zur Zahlung der ausstehenden Vergütung von 1637,98 Euro nebst Zinsen und die (für den Fall der Unzulässigkeit der Aufrechnung erhobene) Widerklage abgewiesen. Das LSG hat die Berufung der KK zurückgewiesen: Die Voraussetzungen für die Kodierung des OPS-Kodes 8-83b.80 und die Abrechnung des ZE133.01 seien erfüllt, was nunmehr zwischen den Beteiligten auch unstreitig sei. Der Abrechnung stehe auch nicht die Ausschlussregelung in § 7 Abs 2 PrüfV 2014 entgegen, da der sachliche Anwendungsbereich der PrüfV 2014 nicht eröffnet sei. Diese gelte für Behandlungsfälle bis zum 31.12.2016 nur für Auffälligkeitsprüfungen. Hier habe es sich jedoch eindeutig um eine sachlich-rechnerische Prüfung gehandelt (*Urteil vom 30.4.2020*).

4

Die KK rügt mit ihrer Revision die Verletzung der PrüfV 2014, die entgegen der Ansicht des LSG auf Abrechnungsfälle des Jahres 2016 anwendbar sei.

5

Die Beklagte beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 30. April 2020 und des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 10. Oktober 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen,

hilfsweise,

das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 30. April 2020 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

6

Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

7

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

8

Die zulässige Revision der beklagten KK ist im Sinne der Zurückverweisung der Sache an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet ([§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG](#)). Der Senat kann auf Grundlage der Feststellungen des LSG nicht entscheiden, ob dem Krankenhaus der geltend gemachte Vergütungsanspruch weiter zusteht, oder ob die KK mit einem aus der Behandlung des Versicherten resultierenden Erstattungsanspruch wirksam aufgerechnet hat.

9

Das LSG hat den Erstattungsanspruch verneint. Es ist hierbei davon ausgegangen, dass § 7 Abs 2 Satz 2 bis 4 PrüfV 2014 dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses für die Behandlung des Versicherten bereits deswegen nicht entgegenstehe, weil der sachliche Anwendungsbereich der PrüfV 2014 nicht eröffnet sei. Diese erfasse keine sachlich-rechnerischen Prüfungen von Behandlungsfällen aus 2016. Dies hält einer revisionsgerichtlichen Überprüfung nicht stand. Die PrüfV 2014 galt im Jahr 2016 auch für sachlich-rechnerische Prüfungen (*dazu 2.*). § 7 Abs 2 Satz 2 bis 4 PrüfV 2014 enthält eine materielle Präklusionsregelung (*dazu 3.*). Aufgrund der Feststellungen des LSG steht nicht fest, dass deren Voraussetzungen erfüllt sind (*dazu 4.*). Das LSG muss daher unter Anwendung des § 7 Abs 2 Satz 2 bis 4 PrüfV 2014 erneut über den Vergütungsanspruch des Krankenhauses entscheiden (*dazu 5.*). Hierfür ist unerheblich, dass der Vergütungsanspruch nach dem LSG-Urteil dem Grunde nach zwischen den Beteiligten "unstreitig" ist (*dazu 6.*). Der Aufrechnung der KK steht auch kein Aufrechnungsverbot entgegen (*dazu 1.*).

10

1. Der Aufrechnung steht zunächst kein Aufrechnungsverbot entgegen. Es kann hierbei offenbleiben, ob die landesvertragliche

Vereinbarung eines Aufrechnungsverbots von der Ermächtigungsgrundlage in [§ 112 Abs 1](#) und 2 Nr 1 SGB V gedeckt ist. Denn das in § 15 Abs 4 Satz 2 des Landesvertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und den Landesverbänden der gesetzlichen KKn geregelte Aufrechnungsverbot ist jedenfalls mit § 9 PrüfV 2014 unvereinbar und daher nichtig. Die in § 9 PrüfV 2014 geregelten Zahlungsmodalitäten schließen ein landesvertraglich geregeltes Aufrechnungsverbot aus. Nach § 9 Satz 1 PrüfV 2014 kann "die Krankenkasse (...) einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach § 8 fristgerecht mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen". Diese Regelung geht abweichenden landesvertraglichen Regelungen vor ([§ 11 PrüfV 2014](#); vgl hierzu im Einzelnen *BSG vom 10.11.2021 - B 1 KR 36/20 R - juris RdNr 22 mwN*).

11

2. Wie der Senat bereits entschieden hat, galt die PrüfV 2014 im Jahr 2016 auch für sachlich-rechnerische Prüfungen (vgl im Einzelnen *BSG vom 10.11.2021 - B 1 KR 36/20 R - juris RdNr 13 ff*). Die Vertragsparteien der PrüfV 2014 hatten von Anfang an neben der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen auch die Prüfung der "Korrektheit deren Abrechnung" im Blick und sind - anders als die nachfolgende Rechtsprechung des Senats - davon ausgegangen, dass auch diese [§ 275c Abs 1 SGB V](#) unterfällt (vgl [§ 3 Satz 1](#), [§ 4 Satz 1](#), [§ 7 Abs 2 Satz 2](#), [§ 8 Satz 1 und 2 PrüfV 2014](#)). Soweit der Anwendungsbereich der PrüfV 2014 danach zunächst über die den Vertragsparteien durch § 17c Abs 2 KHG iVm [§ 275 Abs 1c SGB V](#) eingeräumte Ermächtigung hinausging, wurde dies durch die Anfügung des [§ 275 Abs 1c Satz 4 SGB V](#) durch Art 6 Nr 21a des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (*Krankenhausstrukturgesetz - KHSG vom 10.12.2015, BGBl I 2229*) zum 1.1.2016 mit Wirkung ab diesem Tag legitimiert. Einer ausdrücklichen Bestätigung durch die Vertragsparteien bedurfte es insofern nicht (vgl im Einzelnen *BSG, aaO, RdNr 15 f*).

12

3. Wie der Senat ebenfalls bereits entschieden hat, enthält § 7 Abs 2 Satz 2 bis 4 PrüfV 2014 eine materielle Präklusionsregelung mit der Rechtsfolge, dass ihrer Art nach konkret bezeichnete Unterlagen, die der MDK im Rahmen eines ordnungsgemäßen Prüfverfahrens angefordert, das Krankenhaus aber nicht innerhalb der Frist von vier Wochen vorgelegt hat, auch in einem späteren Gerichtsverfahren nicht mehr zur Begründung des Vergütungsanspruchs berücksichtigt werden dürfen. Die präkludierten Unterlagen sind als Beweismittel endgültig ausgeschlossen. Dies ist von der Ermächtigungsgrundlage in § 17c Abs 2 KHG (*idF des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, BGBl I 2423*) getragen und mit dem GG vereinbar (vgl dazu im Einzelnen *BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 32/20 R - SozR 4-2500 § 275 Nr 33; BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 24/20 R - juris*).

13

4. Es steht nicht fest, dass sämtliche Voraussetzungen des § 7 Abs 2 Satz 2 bis 4 PrüfV 2014 erfüllt sind.

14

Nach den bindenden ([§ 163 SGG](#)) Feststellungen des LSG hat der MDK die mit Schreiben vom 16.6.2016 angeforderten Unterlagen nicht durchgängig ihrer Art nach hinreichend konkret bezeichnet. Ihrer Art nach hinreichend konkret bezeichnet hat der MDK: "Arztbrief(e)/Entlassungsbericht(e)", "Fieberkurven komplett", "Dokumentation zu Physiotherapie und Ergotherapie", "Pflegebericht", "Operations-, PTCA-, PTA-Bericht(e)", "Vollständige Pflegedokumentation/Dokumentation zum PKMS". Die pauschale Anforderung "sämtlicher prüfungsrelevanter Unterlagen" und "Dokumente zum OPS/ZE: OPS9-200.*, ZE130.*, OPS8-83b.80, ZE133.01" bezeichnete hingegen keine konkreten Unterlagen und konnte die Rechtsfolge des § 7 Abs 2 PrüfV 2014 daher für sich genommen nicht auslösen (vgl hierzu auch *BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 24/20 R - juris RdNr 38*). Die Benennung von Unterlagen anhand von einzelnen Kodier- und Abrechnungselementen (*hier: OPS-Kodes und ZE*) bezeichnet die Unterlagen nicht ihrer Art nach (zB "Operationsbericht"), sondern anhand ihres Aussagegehalts für die Begründung bestimmter Kodierungs- und Abrechnungselemente. Daraus kann das Krankenhaus ohne nähere inhaltliche Prüfung und Bewertung nicht entnehmen, welche konkreten Unterlagen der MDK verlangt.

15

Ob das Krankenhaus hinsichtlich der oben genannten, ihrer Art nach konkret angeforderten Unterlagen präkludiert ist, ergibt sich aus den Feststellungen des LSG nicht. Nach § 7 Abs 2 Satz 3 PrüfV 2014 hat das Krankenhaus die Unterlagen innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln. Es steht nicht fest, wann dem Krankenhaus die Prüfanzzeige des MDK mit der Unterlagenanforderung zugeht und ob die Unterlagen beim MDK fristgerecht eingegangen sind.

16

5. Das LSG muss im wiedereröffneten Berufungsverfahren zunächst Feststellungen zu Beginn und Ende der Frist nach § 7 Abs 2 Satz 3 PrüfV 2014 treffen. Die KK trägt insoweit das Übermittlungsrisiko und damit nach allgemeinen Beweislastgrundsätzen (vgl *BSG vom 14.10.2014 - B 1 KR 27/13 R - BSGE 117, 82 = SozR 4-2500 § 109 Nr 40, RdNr 18 mwN*) die objektive Beweislast für den Nachweis des

Zugangszeitpunkts der Unterlagenanforderung. Für den Fall, dass die ihrer Art nach konkret bezeichneten Unterlagen, die der MDK mit Schreiben vom 16.6.2016 beim Krankenhaus angefordert hatte, aus vom Krankenhaus zu vertretenden Gründen erst nach Ablauf der Frist dem MDK zugegangen sind, darf es diese Unterlagen nicht berücksichtigen. Welche Unterlagen durch den MDK ihrer Art nach jeweils konkret bezeichnet wurden, bestimmt sich nach den Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen. Zu berücksichtigen ist hierbei insbesondere der medizinische Sprachgebrauch (vgl hierzu im Einzelnen BSG vom 10.11.2021 - [B 1 KR 22/21 R](#) - juris RdNr 17 mwN). Das LSG wird hierbei auch festzustellen haben, ob das Interventionsprotokoll ein OP-Bericht im Sinne der vom MDK ihrer Art nach konkret angeforderten Unterlagen ist.

17

Maßgeblich für die fristgerechte Vorlage der Unterlagen ist dabei der Eingang beim MDK (vgl BSG vom 10.11.2021 - [B 1 KR 43/20 R](#) - juris RdNr 20 mwN). Das Übermittlungsrisiko trägt das Krankenhaus (vgl dazu und zum Erfordernis des Vertretenmüssens BSG, aaO, RdNr 22 ff). Nicht präkludiert sind Unterlagen, die das Schreiben des MDK vom 16.6.2016 ihrer Art nach nicht konkret bezeichnete. Der Inhalt präkludierter Unterlagen darf auch nicht unter Umgehung der Präklusionsregelung, etwa durch ersetzende Zeugenaussagen, in das Verfahren eingeführt werden. Lässt sich nach Ausschöpfen der gebotenen Aufklärung nicht feststellen, dass die tatbestandlichen Voraussetzungen der abgerechneten Fallpauschale erfüllt gewesen sind, trägt das Krankenhaus die objektive Beweislast für das Vorliegen dieser tatbestandlichen Voraussetzungen (vgl dazu zB BSG vom 14.10.2014 - [B 1 KR 27/13 R](#) - BSGE 117, 82 = SozR 4-2500 § 109 Nr 40, RdNr 18).

18

6. Kann das Krankenhaus seinen Vergütungsanspruch nicht durch zugelassene Unterlagen belegen, ist die Aufrechnung der KK in Höhe von 1637,98 Euro wirksam. Die Maßgeblichkeit nur zugelassener Unterlagen für den Nachweis der Vergütungsforderung ist nicht dadurch entfallen, dass die Forderung des Krankenhauses nach dem LSG-Urteil "unstreitig" ist. Die KK hat kein - vom Krankenhaus angenommenes - prozessuales Anerkenntnis ([§ 101 Abs 2 SGG](#); vgl dazu BSG vom 8.9.2015 - [B 1 KR 1/15 R](#) - BSGE 119, 293 = SozR 4-1500 § 101 Nr 2) unter der innerprozessualen Bedingung abgegeben, dass sie sich nur dann gegen den Vergütungsanspruch des Krankenhauses wende, wenn sich aus [§ 7 Abs 2 PrüfV 2014](#) eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist ergeben sollte. Sie hat damit auch kein deklaratorisches Schuldanerkenntnis unter der Bedingung abgegeben, auf andere Einwendungen als die materiell-rechtliche Ausschlussfrist verzichten zu wollen.

19

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

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-10-13