

## L 5 KR 13/19

Land  
Schleswig-Holstein  
Sozialgericht  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
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  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

§ 7 Abs. 5 PrüfVv enthält keinen generellen Ausschluss einer Rechnungskorrektur nach Ablauf der dort geregelten 5-Monatsfrist. Das gilt zumindest für Korrekturen aufgrund von Tatbeständen, die nicht vom Prüfauftrag des MDK umfasst waren.

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 17. Dezember 2018 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 735,40 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von Krankenhausbehandlungskosten, insbesondere über die Frage, ob § 7 Abs. 5 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (Prüfverfahrenvereinbarung – PrüfVv) eine Korrektur von Datensätzen im vorliegenden Fall ausschließt. In der Zeit vom 18. Mai bis zum 14. Juni 2016 wurde der bei der Beklagten krankenversicherte Patient M. B. in dem von der Klägerin betriebenen zugelassenen Vertragskrankenhaus stationär behandelt. Mit Rechnung vom 7. Juli 2016 machte die Klägerin einen Betrag in Höhe von 13.199,47 EUR gegenüber der Beklagten gelten. Die Beklagte beglich diesen Betrag zunächst vollständig, leitete jedoch ein Prüfverfahren über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Hinblick auf die Dauer der stationären Behandlung und die Richtigkeit der Kodierung ein. Konkret fragte sie den MDK, ob bei einer Straffung des Behandlungsablaufs eine frühere Entlassung möglich gewesen wäre und ob die Mindestaufwandpunktzahl zur Abrechnung des PKMS ZE und OPS 9-200.6 erreicht und dokumentiert worden sei. Im Rahmen der MDK-Prüfung nahm die Klägerin die Angaben zum geltend gemachten OPS 9-200.6 zurück und machte stattdessen den OPS 9-200.5 geltend. Die Richtigkeit dieses OPS wurde seitens des MDK bestätigt. Der MDK kam mit Gutachten vom 8. März 2017 zu der Einschätzung, dass eine um sieben Tage kürzere Behandlung medizinisch möglich gewesen sei. Dieses Ergebnis teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 10. März 2017 mit und bat um die Erstellung einer Stornogutschrift und Neuberechnung innerhalb von vier Wochen. Der Erstattungsanspruch belaufe sich auf 2.558,69 EUR. Dem widersprach die Klägerin mit E-Mail vom 23. März 2017. Allerdings sei eine unvollständige Kodierung festgestellt worden. Im Rahmen der neurologischen Behandlung sei eine weiterführende kardiologische Diagnostik erfolgt. Es fehle die I50.01 nebst J91 und eine ICD I34.1. In der daraus resultierenden nun richtigen DRG B04B erübrige sich die Frage nach der angeblichen OGVÜ-Überschreitung. Wegen der Einzelheiten wird auf die E-Mail (Bl. 26 der Verwaltungsakte der Beklagten) Bezug genommen. Am 29. März 2017 erstellte die Klägerin eine korrigierte Endrechnung über 12.733,02 EUR, die am 30. März 2017 bei der Beklagten einging. Die Beklagte wies die korrigierte Rechnung mit Schreiben vom 6. April 2017 zurück und führte zur Begründung aus, dass die zulässige Frist zur Änderung der Daten bereits abgelaufen gewesen sei. Die Rechnung sei auf den Zahlbetrag der Ursprungsrechnung gekürzt worden. Im Folgenden setzte sie jedoch den gesamten bereits gezahlten Rechnungsbetrag ab. Am 4. September 2017 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Kiel erhoben, mit der sie zunächst die Zahlung eines Betrages in Höhe von 12.733,02 EUR geltend machte. Zur Begründung hat sie ausgeführt, dass die Bestimmung in § 7 Abs. 5 PrüfVv auf eine Nachberechnung außerhalb des Prüfverfahrens nicht anzuwenden und daher eine solche Nachberechnung nicht ausgeschlossen sei. Die Bestimmung habe nur zum Zweck, ein zügiges MDK-Verfahren zu gewährleisten, mehr könne in der PrüfVv insoweit auch nicht geregelt sein. Diese habe ihre Rechtsgrundlage in § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Danach solle sie Näheres zum Prüfverfahren nach [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) enthalten. [§ 275 SGB V](#) betreffe aber keine Fragen der Verjährung, des Ausschlusses von Nachberechnungen o. ä. Schon deshalb könne auch die PrüfVv dazu keine Regelungen enthalten. Weiterhin enthalte § 7 PrüfVv Bestimmungen nur zum MDK-Verfahren. Um ein solches gehe es hier aber nicht, sondern um eine Korrektur nach dem Prüfverfahren. Schließlich weise § 6 Abs. 2 Satz 3 PrüfVv ausdrücklich auf Ausschlussfristen hin, § 7 Abs. 5 PrüfVv dagegen nicht. Die Nachkodierung habe die Beklagte keiner MDK-Prüfung mehr unterzogen. Mittlerweile sei ihr Prüfungsrecht gemäß [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) verfristet. Am 20. August 2018 hat die Beklagte einen Teilbetrag in Höhe von 11.997,62 EUR gezahlt und ein entsprechendes Teilerkenntnis abgegeben, woraufhin der Rechtsstreit seitens der Klägerin lediglich noch über den Differenzbetrag von 735,40 EUR weitergeführt wurde. Die Klägerin hat beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an sie 735,40 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf

12.733,02 EUR seit dem 11. April 2017 bis zum 19. August 2018 und auf 735,40 EUR seit dem 20. August 2018 zu zahlen. Die Beklagte hat beantragt, die Klage abzuweisen. Zur Begründung hat sie geltend gemacht, dass gemäß § 7 Abs. 5 Satz 1 und 2 PrüfVv Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen nur einmalig innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens möglich seien. Das Prüfverfahren sei durch den Zugang der Prüfanzeige des MDK bei der Klägerin am 12. Juli 2016 eingeleitet worden, die Frist des § 7 Abs. 5 Satz 1 und 2 PrüfVv habe daher am 12. Dezember 2016 geendet. Da die Datenkorrektur erst am 29. März 2017 eingegangen sei, sei sie verfristet. Ziel der PrüfVv sei es, eine zeitliche Begrenzung des Prüfverfahrens vorzunehmen und dieses effizient und nachvollziehbar auszugestalten. Dieses Ziel sei durch verschiedene Regelungen in der PrüfVv umgesetzt worden. Die Effizienz und Nachvollziehbarkeit des Prüfverfahrens nach den Regelungen der PrüfVv setze voraus, dass den Krankenkassen bei der Entscheidung über die Einleitung des Prüfverfahrens eine verbindliche Datenlage zur Verfügung stehe. Den Krankenhäusern werde zwar an verschiedenen Stellen der PrüfVv eine Korrektur der Daten zugewilligt. Durch die zeitliche Befristung der Zulässigkeit einer Datenkorrektur und die quantitative Beschränkung sei jedoch klargestellt, dass es sich um eine verbindliche Datengrundlage handele, die nach Ablauf der Frist nicht mehr korrigiert werden könne. Die 5-Monatsfrist sei als Ausschlussfrist zu werten. Ansonsten wäre das Festlegen einer Frist entbehrlich gewesen. Durch Urteil vom 17. Dezember 2018 hat das Sozialgericht Kiel die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 735,40 EUR zuzüglich der im Klageantrag aufgeführten Zinsen zu zahlen und hat die Berufung wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass dem Zahlungsanspruch der Klägerin die Frist des § 7 Abs. 5 PrüfVv nicht entgegenstehe. Es handele sich nicht um eine Ausschlussfrist. Denn in der PrüfVv sei hinsichtlich der Fristen des § 6 Abs. 2 und § 8 PrüfVv jeweils ausdrücklich geregelt, dass es sich dabei um Ausschlussfristen handele. Eine solche Regelung enthalte § 7 Abs. 5 PrüfVv gerade nicht. Eine solche ausdrückliche Bezeichnung wäre aber angesichts der besonders tiefgreifenden Auswirkungen, die nach Ansicht der Beklagten an die Beendigung des Prüfverfahrens geknüpft werden sollten, erforderlich gewesen. Im Übrigen sei die Nachberechnung auch nicht wegen Verwirkung ausgeschlossen gewesen. Die Beklagte sei ihrerseits aber nunmehr mangels Geltendmachung von Einwänden gegen die Richtigkeit der Rechnungskorrektur nach Ablauf der in [§ 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V](#) geregelten 6-wöchigen Frist von der Erhebung etwaiger Einwände gegen die Richtigkeit dieser Rechnung ausgeschlossen. Gegen das ihr am 18. Januar 2019 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 4. Februar 2019 vor dem Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht Berufung eingelegt, zu deren Begründung sie ihre Ausführungen aus dem erstinstanzlichen Verfahren wiederholt. Ergänzend führt sie aus, dass entgegen der Auffassung des Sozialgerichts Ausschlussfristen nicht ausdrücklich als solche und auch nicht jeweils mit identischem Wortlaut bezeichnet werden müssten. Vielmehr könne sich eine Ausschlussfrist aus einem anderen eindeutigen Wortlaut ergeben. So liege der Fall hier, da § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfVv eine Ausschlussfrist dadurch hinreichend deutlich normiere, dass der MDK Korrekturen und Ergänzungen von Datensätzen "nur dann" in seine Prüfung einzubeziehen habe, wenn sie binnen 5 Monaten nach Einleitung des Prüfverfahrens der Krankenkasse zugehen. Würde man dem Einwand der Klägerin folgen, wonach die vorgenommene Nachkodierung zulässig sei, da diese außerhalb des Prüfverfahrens stattgefunden habe, würden die Regelungen der PrüfVv vollständig ausgehöhlt. Dem Wortlaut des § 7 Abs. 5 PrüfVv könne eine derartige Einschränkung nicht entnommen werden. Die Vorschrift erfasse vielmehr alle Datenkorrekturen, die der Krankenkasse innerhalb von fünf Monaten nach Einleitung des Prüfverfahrens zuzugingen. Die Beklagte beantragt schriftsätzlich sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 17. Dezember 2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen. Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Sie verweist zur Begründung auf ihren Vortrag aus der ersten Instanz und führt ergänzend nochmals aus, dass es in der PrüfVv lediglich um eine zeitliche Begrenzung im MDK-Prüfverfahren gehe und nicht um eine Rechtsverkürzung des Krankenhauses gegenüber dem Kostenträger. Insbesondere in Abgrenzung zur ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu den zeitlichen Grenzen einer Nachberechnung hätte dies andernfalls ausdrücklich geregelt werden müssen. Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beteiligten verwiesen; diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung gewesen.

#### Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist trotz des unter 750 EUR liegenden Streitwerts zulässig, da das Sozialgericht die Berufung gemäß [§ 144 Abs. 2 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zugelassen hat. Sie ist auch im Übrigen zulässig, insbesondere ist sie fristgerecht innerhalb der Berufungsfrist des [§ 151 Abs. 1 SGG](#) eingelegt worden. Die Berufung ist aber nicht begründet, da das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 17. Dezember 2018 rechtmäßig ist und die Beklagte daher nicht in ihren Rechten verletzt. Die Klägerin hat einen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung der geltend gemachten 735,40 EUR nebst Zinsen. Der Anspruch ergibt sich aus [§ 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch \(SGB V\)](#) i.V.m. der Entgeltvereinbarung der Beteiligten. An der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung der Versicherten gemäß [§ 39 SGB V](#) besteht vorliegend kein Zweifel. Sie steht zur Überzeugung des Senats fest. Dabei kann dahinstehen, ob die hier streitige zweite Korrekturrechnung vom 29. März 2017 sachlich-rechnerisch richtig ist. Eine Amtsermittlungspflicht ergibt sich für den Senat diesbezüglich aus [§ 103 SGG](#) jedenfalls nicht. Der Untersuchungsumfang der Sozialgerichte hinsichtlich der inhaltlichen Richtigkeit von Krankenhausabrechnungen ist beschränkt, wenn ein Versicherungsträger von der ihm obliegenden Sachverhaltsaufklärung vollständig abgesehen hat (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – [B 3 KR 14/11 R](#), juris Rn. 25). Dies gilt umso mehr in Fällen wie dem vorliegendem, in denen der Gesetzgeber die behördliche Sachverhaltsermittlung durch eine bereichsspezifische Sonderregelung - wie hier mit [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) in der ab dem 1. Januar 2016 geltenden Fassung (a.F.) - unter ein besonderes Beschleunigungsgebot gestellt hat und damit die Interessen der davon Betroffenen in einen angemessenen Ausgleich zu bringen sucht. [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) stellt in der ab dem 1. Januar 2016 geltenden Fassung in Satz 4 klar, dass als Prüfung nach Satz 1 jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen ist, mit der die Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert. Damit hat der Gesetzgeber ab dem 1. Januar 2016 den Anwendungsbereich des [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) a.F. entgegen der zur alten Rechtslage durch das BSG entwickelten Auffassung, wonach die Vorschrift nur auf Auffälligkeitsprüfungen anwendbar war, auf Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit erweitert. Insofern ist für diese Prüfverfahren nun auch [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) anwendbar, wonach die Prüfung nach Satz 1 spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Mit diesem Schutzzweck wäre es unvereinbar, wenn anstelle des nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) a.F. zur Prüfung berufenen, wegen Ablaufs der 6-Wochen-Frist aber nicht mehr befugten MDK nunmehr die Sozialgerichte an dessen Stelle erstmals den medizinischen Zweifelsfragen nachgehen und in aller Regel umfangreich Beweis erheben müssten (vgl. BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – [B 3 KR 14/11 R](#), juris Rn. 28). An dieser Wertung ändert sich auch dadurch nichts, dass die Beklagte eine erneute sachlich-rechnerische Überprüfung der korrigierten Rechnung durch den MDK ggf. nur deshalb unterlassen hat, weil sie davon ausging, dass die Klägerin bereits aus rechtlichen Gründen an einer Korrektur der Rechnung gehindert war. Es spricht im vorliegenden Fall bereits vieles dafür, davon auszugehen, dass die Beklagte nach den Grundsätzen von Treu und Glauben von der Geltendmachung des Einwandes, die Klägerin sei wegen Verfristung an einer Rechnungskorrektur gehindert, ausgeschlossen ist. Denn nach Abschluss des MDK-Prüfverfahrens hat sie die Klägerin mit Schreiben vom 10. März 2017 selbst zur Korrektur der Rechnung aufgefordert. Dass sie eine Korrektur lediglich dann würde gegen sich geltend lassen, wenn sie in Höhe des vom MDK berechneten Betrages von 2.558,69 EUR erfolge, hat sie zumindest in

diesem Schreiben nicht eindeutig zum Ausdruck gebracht. Vielmehr hat sie um die Erstellung einer Stornogutschrift und eine Neuberechnung innerhalb von vier Wochen gebeten. Diese Frist hat die Klägerin mit ihrer Rechnungskorrektur vom 29. März 2017 eingehalten. Erstmals mit Schreiben vom 6. April 2017 hat sich die Beklagte sodann auf die bereits lange vor dem Schreiben vom 10. März 2017 abgelaufene 5-Monatsfrist aus § 7 Abs. 5 PrüfV berufen. Ob dieses widersprüchliche Verhalten der Beklagten jedoch zu einem Einwendungsausschluss im Hinblick auf die Verfristung führt, kann im Ergebnis offenbleiben, da die Korrektur der Rechnung der Klägerin auch im Übrigen nicht aufgrund der Regelungen in § 7 Abs. 5 PrüfV ausgeschlossen war. Maßgeblich ist hier die PrüfV in der ab dem 1. September 2014 geltenden Fassung (PrüfV 2014). Zwar war zum Zeitpunkt der streitigen stationären Behandlung bereits die neue Fassung der PrüfV vom 3. Februar 2016 (PrüfV 2016) vereinbart. Diese trat aber erst zum 1. Januar 2017 in Kraft und galt für Überprüfungen bei Patienten, die ab diesem Zeitpunkt in ein Krankenhaus aufgenommen wurden (§ 13 PrüfV 2016). § 7 Abs. 5 PrüfV 2014 hat folgenden Wortlaut: 1Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen sind nur einmalig möglich. 2Diese 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. 3Unabhängig hiervon kann das Krankenhaus bei Erweiterung des Prüfanlasses nach § 6 Absatz 3 Satz 4 eine einmalige Korrektur oder Ergänzung des Datensatzes innerhalb von 5 Monaten nach dieser Erweiterung vornehmen. 4Je nach Eingang der Korrektur bzw. der Ergänzung verlängert sich die Gesamtprüffrist nach § 8 Satz 3 entsprechend. 5§ 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V findet auf Prüfungen, die aufgrund dieser Korrekturen nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führen, keine Anwendung. Dem Sozialgericht ist zuzustimmen, dass die Einschränkungen des § 7 Abs. 5 PrüfV für das Krankenhaus keinen generellen Ausschluss einer Rechnungskorrektur nach einem abgeschlossenen Prüfverfahren beinhalten. Bereits der Wortlaut des § 7 Abs. 5 PrüfV enthält keinen Hinweis darauf, dass die Regelung einen generellen Anspruchsausschluss für Rechnungskorrekturen durch ein Krankenhaus nach fünf Monaten ab Einleitung eines MDK-Prüfverfahrens beinhalten soll (ebenso: LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 13. August 2018 - [L 5 KR 155/18 NZB](#), juris Rn. 14; Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 17. April 2019 - [L 5 KR 1522/17](#), juris Rn. 31; SG Reutlingen, Urteil vom 8. November 2017 - [S 1 KR 364/17](#), juris Rn. 45). Dabei ist zu berücksichtigen, dass für entsprechende Rechnungskorrekturen grundsätzlich die 4-jährige sozialrechtliche Verjährung gilt (vgl. BSG, Urteil vom 19. April 2016 - [B 1 KR 33/15 R](#)). Lediglich im Rahmen der vom BSG konkret formulierten Verwirkungstatbeständen ist von einem Ausschluss des Rechts der Geltendmachung der entsprechenden Rechte auszugehen. Die Regelung in § 7 Abs. 5 PrüfV gibt keinen Hinweis darauf, dass sie eine von diesen Grundsätzen abweichende Verkürzung der Frist beinhalten sollte. Vielmehr regelt § 7 PrüfV unter der Überschrift "Durchführung der Prüfung" insgesamt das Verfahren innerhalb einer durch den MDK eingeleiteten Prüfung. Lediglich für diesen Fall bestimmen § 7 Abs. 5 Sätze 1 und 2 PrüfV, dass Korrekturen und Ergänzungen von Datensätzen nur einmalig möglich sind und innerhalb von fünf Monaten nach der Einleitung des Verfahrens erfolgen müssen. Eine Regelung für einen Anspruchsausschluss nach Ablauf des Prüfverfahrens, insbesondere auch für solche Tatbestände, die nicht vom Prüfauftrag des MDK erfasst waren, lässt sich dem nicht entnehmen. Zu Recht weist das Sozialgericht darauf hin, dass die konkrete Formulierung eines Anspruchsausschlusses aber in jedem Fall zu erwarten gewesen wäre angesichts der weitreichenden Einschränkung der Rechte der Krankenhäuser, die sich daraus ergeben würde. Neben der fehlenden ausdrücklichen Normierung einer Ausschlussfrist und der Verortung der Regelung in § 7 PrüfV, der die Durchführung der MKD-Prüfung regelt, sprechen auch weitere systematische Erwägungen gegen die Annahme eines generellen Korrekturausschlusses außerhalb des MDK-Verfahrens. Denn andere Regelungen in der PrüfV bestimmen die sich aus entsprechenden Verstößen ergebenden Rechtsfolgen ausdrücklich. So heißt es in § 6 Abs. 2 Satz 3 PrüfV, dass alle dort, also in § 6 Abs. 2 PrüfV für die Beauftragung des MDK, geregelten Fristen Ausschlussfristen seien. Auch § 8 Satz 3 PrüfV sieht eine Frist für die Entscheidung der Krankenkasse nach dem MDK-Gutachten vor. Hierzu regelt § 8 Satz 4 PrüfV wiederum ausdrücklich, dass die Regelung des Satzes 3 als Ausschlussfrist wirkt. Schließlich ist in § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV ein Anspruchsausschluss ausdrücklich geregelt, nämlich für den Fall, dass bei einer Prüfung im schriftlichen Verfahren das Krankenhaus die Unterlagen nicht innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK übermittelt. In diesem Fall hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag. Aus all diesen Regelungen ist zweifelsfrei erkennbar, dass die Vertragspartner der PrüfV die Erforderlichkeit der Regelung konkreter Rechtsfolgen und Anspruchsausschlüsse, die sich aus der Versäumung von Fristen ergeben sollten, sehr wohl erkannt haben. Sofern sie an anderen Stellen der PrüfV - wie in § 7 Abs. 5 - entsprechende konkrete Anspruchsausschlüsse eben nicht in den Vertragstext aufgenommen haben, ist davon auszugehen, dass keine Einigkeit über die Geltung solcher Rechtsfolgen vorlag. Dafür, dass sich die Vertragsparteien über einen generellen Anspruchsausschluss im Fall der Versäumung der Frist in § 7 Abs. 5 PrüfV gerade nicht einig waren, sprechen auch die jeweiligen Anwendungshinweise der Vertragsparteien zu dieser Vorschrift. Während der GKV-Spitzenverband in seinen Hinweisen vom 5. November 2014 (Seite 15; abgerufen unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung/1/krankenhaeuser/abrechnung/abrechnungspruefung/KH\\_Pruefvv\\_Hinweise\\_des\\_GKV-SV\\_2014\\_11\\_05.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung/1/krankenhaeuser/abrechnung/abrechnungspruefung/KH_Pruefvv_Hinweise_des_GKV-SV_2014_11_05.pdf), zuletzt am 15. Oktober 2020) ausführt, dass bei Abrechnungsfällen, die im Rahmen der Prüfung nach PrüfV abgeschlossen wurden, das Krankenhaus unabhängig vom Prüfgegenstand keine späteren Korrekturen/Ergänzungen mehr vornehmen könne, stellt die Deutsche Krankenhausgesellschaft in ihren Umsetzungshinweisen zur Anwendung der PrüfV hinsichtlich § 7 Abs. 5 zunächst dar, dass die Frage, ob das Krankenhaus auch nach Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse noch Korrekturen oder Ergänzungen seiner Datensätze vornehmen können dürfe, im Rahmen der Verhandlungen über die PrüfV besonders umstritten gewesen sei (das Krankenhaus 10.2014, 938, 950). Klar sei, dass sich § 7 Abs. 5 PrüfV ausschließlich auf die Korrektur von Datensätzen beziehe, die einer MDK-Prüfung unterzogen würden. Diejenigen Fälle, die keiner MDK-Prüfung unterzogen worden seien, sowie die Fälle, die zwar Gegenstand einer MDK-Prüfung seien, bei denen sich der Prüfanlass jedoch auf einen anderen Sachverhalt beziehe, könnten weiterhin nach den von der Rechtsprechung des BSG festgelegten Regelungen korrigiert werden. Sei etwa Gegenstand der MDK-Prüfung die korrekte Kodierung einer Hauptdiagnose, könne das Krankenhaus, wenn es später bemerke, dass z.B. Zusatzentgelte nicht berücksichtigt worden seien, immer noch nach den Kriterien des BSG eine nachträgliche Rechnungskorrektur vornehmen. Die MDK-Prüfung sperre die Korrekturmöglichkeiten hinsichtlich nicht vom Prüfanlass umfassten Tatbeständen insoweit nicht (Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft a.a.O., Seite 952). Aus diesen unterschiedlichen Interpretationen wird deutlich, dass selbst wenn die Vertragspartner bei Vertragsschluss jeweils davon ausgegangen sein sollten, über den Geltungsbereich des Anspruchsausschlusses in § 7 Abs. 5 PrüfV Einigkeit erzielt zu haben, dies offenbar nicht der Fall gewesen ist. Gerade für den hier vorliegenden Fall, dass die Krankenhausabrechnung mehr als fünf Monate nach Beginn des MDK-Prüfverfahrens hinsichtlich eines Tatbestandes, der nicht Gegenstand des Prüfauftrages war, geändert oder ergänzt wird, gehen die Vertragsparteien in ihren Umsetzungshinweisen von unterschiedlichen Rechtsfolgen aus. Wie die Regelung ausgesehen hätte, wenn eine ausdrückliche Rechtsfolge normiert worden wäre, kann insofern vom Senat nicht antizipiert werden. Ob eine so weitreichende Regelung wie die Vereinbarung absoluter Ausschlussfristen, die ggf. noch während des laufenden MDK-Verfahrens ablaufen und damit eine Reaktion auf das Prüfergebnis des MDK seitens des Krankenhauses gar nicht mehr zulassen, überhaupt von der Rechtsgrundlage des § 17c Abs. 2 KHG gedeckt wäre und somit zur Disposition der Vertragsparteien stand (vgl. zum Streitstand: Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 17. April 2019 - [L 5 KR 1522/17](#), juris Rn. 29 f.; SG Dortmund, Urteil vom 05.05.2017 - [S 49 KR 580/16](#), juris Rn. 43; SG Reutlingen, Urteil vom 11.01.2017 - [S 1 KR 3109/15](#), juris Rn. 50; SG Kassel, Gerichtsbescheid vom 25.11.2016 - [S 12 KR 594/15](#), juris Rn. 42; SG Detmold, Urteil vom 20. April 2018 - [S 24 KR 863/17](#), juris Rn. 27), kann hier letztlich dahinstehen. Dagegen dürfte sprechen, dass auch

normsetzende Verträge, die verbindliche Regelungen zulasten Dritter treffen, dem verfassungsrechtlichen Gebot der Wesentlichkeit unterliegen, wonach wesentliche, für die Grundrechtsverwirklichung maßgebliche Regelungen dem parlamentarischen Gesetzgeber vorbehalten und nicht anderen Normgebern oder der Exekutive zu überlassen sind (statt vieler: BVerfG, Urteile vom 6. Dezember 1972, 1 BvR 230/10 und vom 17. Februar 2016, [1 BvL 8/10](#), juris, jeweils m.w.N.). Der Senat sieht dabei die Rechtsbeschränkung auf Seiten der durch die PrüfvV gebundenen Krankenhäuser durch eine Ausschlussfrist in § 7 Abs. 5 PrüfvV, wie die Beklagte sie verstanden haben will, durchaus als wesentlich an. Auf der anderen Seite räumt die Rechtsprechung des BSG den Akteuren im Gesundheitswesen im Rahmen ihrer durch entsprechende Rechtsgrundlagen vorgegebenen Rechtssetzungsbefugnisse einen sehr weitgehenden Gestaltungsspielraum ein. So hat es etwa die Rechtmäßigkeit der in § 7 Abs. 2 PrüfvV ausdrücklich geregelten Ausschlussfrist im Rahmen eines obiter dictum als rechtmäßig angesehen (Urteil vom 19. November 2019 - [B 1 KR 33/18 R](#), juris Rn. 16; ebenso LSG Hessen, Urteil vom 28. Mai 2020 - [L 8 KR 221/18](#), juris Rn. 26; LSG Baden-Württemberg, Urteile vom 21. Januar 2020 - [L 11 KR 1437/19](#), juris Rn. 36 und vom 17. April 2018 - [L 11 KR 936/17](#), juris Rn. 53). Allerdings betont das BSG in einem vergleichbaren Zusammenhang, dass die Regelung von im Gesetz nicht vorgesehenen erheblichen Rechtsbeschränkungen zumindest einer ausdrücklichen Regelung in den entsprechenden Vertragswerken bedürfen (Urteil vom 23. März 2016 - [B 6 KA 14/15 R](#), juris Rn. 30). Eine solche ausdrückliche Normierung einer Ausschlussfrist liegt hier, wie bereits festgestellt, gerade nicht vor. Selbst wenn man also die Vertragsparteien als durch die Rechtsgrundlage des § 17c Abs. 2 KHG mit solch weitreichenden Regelungskompetenzen ausgestattet ansehen wollte, hätten diese ihre Kompetenz zumindest nicht in der erforderlichen Weise genutzt und eine ausdrückliche Ausschlussfrist für die in § 7 Abs. 5 PrüfvV geregelten Sachverhalte vereinbart. Es liegt hier angesichts der zeitlichen Umstände auch weder ein Fall der Verjährung noch der Verwirkung vor. Eine über das Rechtsinstitut der Verwirkung hinaus geltende - etwa als Spiegelbild zur zeitlichen Eingrenzung der Überprüfbarkeit von Krankenhausrechnungen nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) a.F. zu verstehende - Waffengleichheit gibt es für das materielle Recht nicht, da das Rechtsinstitut der Waffengleichheit als überpositiver Rechtsgedanke lediglich im Rahmen des Prozessrechts Wirkung entfalten kann (vgl. BSG, Urteil vom 19. April 2016 - [B 1 KR 33/15 R](#), juris Rn. 17 f.). Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 13 der nach [§ 112 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) geschlossenen Entgeltvereinbarung für das Jahr 2017. Die Kostenentscheidung für das Berufungsverfahren beruht auf [§§ 197a SGG](#), [161 Abs. 1](#) und [154 Abs. 2 VwGO](#) und orientiert sich am Ausgang des Verfahrens.

Der Streitwert wird gemäß [§ 52 Abs. 1](#) und 3 Gerichtskostengesetz (GKG) auf 735,40 EUR festgesetzt.

Der Senat hat die Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen, da er der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung beimisst.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2020-12-07