L 5 KR 1522/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KR 233/16
Datum
08.03.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 1522/17
Datum
17.04.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Die in § 7 Abs. 5 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung (Fassung 2014) festgelegte Fünfmonatsfrist für die nachträgliche (Abrechnungs-)Datensatzkorrektur im MDK-Prüfverfahren schließt die nachträgliche Rechnungskorrektur im Abrechnungsverfahren nicht aus. Das Krankenhaus ist nach Fristablauf mit (neuem) Abrechnungsvorbringen nur für das (laufende) MDK-Prüfverfahren („formell“), nicht jedoch für ein (nachfolgendes) Gerichtsverfahren („materiell“) präkludiert und auch nicht an der Geltendmachung durch nachträgliche Rechnungskorrektur gehindert (anders: Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Prüfverfahrensvereinbarung in: Das Krankenhaus, 2014, 938, 952).
Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 08.03.2017 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 753,67 EUR endgültig festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung der Krankenhausbehandlung eines Mitglieds der Beklagten.

Die Klägerin ist Trägerin eines zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassenen Krankenhauses (§ 108 Nr. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, SGB V). Der 1924 geborene, bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert gewesene P. H. (im Folgenden: Versicherter) wurde vom 03.01.2015 (Notfalleinlieferung) bis zu seinem Tod am 04.01.2015 im Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt.

Mit Rechnung vom 10.02.2015 stellte die Klägerin der Beklagten für die Krankenhausbehandlung des Versicherten eine Vergütung i.H.v. 5.933,87 EUR in Rechnung. Abgerechnet wurde (u.a.) die DRG (Diagnosis Related Group) G10Z (bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz) unter Ansatz (u.a.) der OPS- Kodes (OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel) 5-511.42 und 5-514.d0.

Die Beklagte zahlte den Rechnungsbetrag zunächst vollständig, beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) aber unter dem 27.02.2015 mit einer Abrechnungsprüfung. Die Fragestellung des Prüfauftrags lautete: "Ist/sind die Prozedur(en) korrekt? - MDK Direktberatung erfolgte, OPS wie gekennzeichnet nicht nachvollziehbar. Zu ersetzen durch 5-511.02?"

Mit Schreiben vom 27.02.2015 teilte der MDK der Klägerin den Prüfauftrag unter Wiedergabe der Fragestellung des Prüfauftrags mit und forderte die Behandlungsunterlagen des Versicherten an.

Im MDK-Gutachten vom 09.07.2015 führte Dr. K. aus, der OPS-Kode 5-511.42 sei korrekt kodiert, nicht jedoch der OPS-Kode 5-514.d0, dieser sei im OPS-Kode 5-511.42 abgebildet.

Mit Schreiben vom 13.07.2015 forderte die Beklagte die Klägerin unter Hinweis auf das Ergebnis der Abrechnungsprüfung zur Rechnungskorrektur auf.

Mit Schreiben vom 27.10.2015 erhob die Klägerin Widerspruch gegen das MDK-Gutachten vom 09.07.2015. Man könne die Streichung des OPS-Kodes 5-514.d0 nachvollziehen; dann wäre (nur) die DRG G18C abzurechnen. Der MDK habe indessen die ausweislich des OP-Berichts durchgeführte Adhäsiolyse nicht gesehen. Hierfür müsse der OPS-Kode 5-460.20 nachkodiert werden mit der Folge, dass die DRG G04B

(Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter (4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter (5 Jahre, ohne best. PTAs an abdominalen Gefäßen) abzurechnen sei.

Mit Schreiben vom 04.11.2015 teilte die Beklagte der Klägerin mit, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) geschlossene (zum 01.09.2014 in Kraft getretene und für Krankenhausbehandlungen ab 01.01.2015 geltende) Prüfverfahrensvereinbarung (im Folgenden nur: PrüfvV) sehe einen Widerspruch gegen den Leistungsentscheid (der Krankenkasse) nicht vor. Man bitte (erneut) um Rechnungskorrektur binnen 14 Tagen; andernfalls werde aufgerechnet.

Nach Ausbleiben der angemahnten Rechnungskorrektur verrechnete die Beklagte am 04.11.2015 einen (Erstattungs-)Betrag i.H.v. 2.051,25 EUR mit unstreitigen Forderungen der Klägerin. Der Erstattungsbetrag ergibt sich, wenn anstelle der DRG G10Z die (nach Streichung des OPS-Kodes 5-514.d0 einschlägige) DRG G18C abgerechnet wird.

Mit Rechnung vom 26.11.2015 stornierte die Klägerin die Rechnung vom 10.02.2015 und stellte der Beklagten für die Krankenhausbehandlung des Versicherten (nunmehr) eine Vergütung i.H.v. 4.636,29 EUR in Rechnung. Abgerechnet wurde (u.a.) die DRG G04B unter Ansatz des OPS-Kodes 5-469.20.

Mit Schreiben vom 01.12.2015 teilte die Beklagte der Klägerin mit, das Prüfverfahren sei abgeschlossen. Die Erstellung einer neuen Rechnung sei nach Maßgabe der PrüfvV nicht zulässig.

Nachdem die Beklagte die mit Rechnung vom 26.11.2015 geforderte Vergütung nicht gezahlt hatte, erhob die Klägerin am 22.01.2016 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG). Sie trug vor, sie habe bei der Erstellung der (ersten) Rechnung vom 10.02.2015 die Durchführung der Adhäsiolyse (OPS-Kode 5-469.20, DRG G04B) versehentlich nicht kodiert. Der MDK hätte das erkennen müssen. Die (zweite) Rechnung vom 26.11.2015 sei korrekt. Nach ursprünglicher Zahlung einer Vergütung i.H.v. 5.933,87 EUR und (Teil-)Aufrechnung i.H.v. 2.051,25 EUR sei auf die mit Rechnung vom 26.11.2015 geltend gemachte Vergütung i.H.v. 4.636,29 EUR noch ein Restbetrag i.H.v. 753,67 EUR offen. Die Nachkodierung des OPS-Kodes 5-469.20 sei zulässig. Der darauf beruhende Mehrbetrag sei höher als 300,00 EUR und mache mehr als 5% der vom MDK ermittelten Fallpauschale aus (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 17.12.2009, - B 3 KR 12/08 R -, Urteil vom 22.11.2012, - B 3 KR 1/12 R -, beide in juris). Die Nachkodierung sei auch im Kalenderjahr des Behandlungsfalles vorgenommen worden (vgl. BSG, Urteil vom 13.11.2012, - B 1 KR 6/12 R -, in juris). Verzugszinsen würden ab 04.11.2015 (Aufrechnung eines Teilbetrags i.H.v. 2.051,25 EUR) gefordert.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Wie der MDK zutreffend festgestellt habe, sei der OPS-Kode 5-514.d0 zu streichen; für die Krankenhausbehandlung des Versicherten ergebe sich daher eine zu Unrecht gezahlte Vergütung i.H.v. 2.051,25 EUR (DRG G 18C). Die Erstellung einer neuen Rechnung unter Nachkodierung des OPS-Kodes 5-469.20 sei nach Maßgabe der PrüfvV (zu deren Anwendung § 12 PrüfvV) nicht zulässig. Gemäß § 7 Abs. 5 Satz 1 PrüfvV seien Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen nur einmal möglich. Der MDK müsse Datensatzkorrekturen bzw. -ergänzungen nur dann in die (laufende) Abrechnungsprüfung einbeziehen, wenn sie binnen 5 Monaten nach Einleitung der Abrechnungsprüfung (§ 6 Abs. 2 PrüfvV) gegenüber der Krankenkasse vorgenommen würden. Das sei hier nicht geschehen. Die Abrechnungsprüfung sei am 27.02.2015 eingeleitet worden, weshalb Datensatzkorrekturen oder -änderungen nur bis 27.07.2015 zulässig seien. Die Rechnung vom 26.11.2015 sei daher verspätet. Die von der Klägerin angeführte BSG-Rechtsprechung zur nachträglichen Rechnungskorrektur sei nicht maßgeblich. Die Klägerin wäre im Hinblick auf die Grundsätze von Treu und Glauben (§ 242 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)) verpflichtet gewesen, die (erste) Rechnung vom 10.02.2015 unmittelbar nach Erhalt der Mitteilung über die Einleitung der Abrechnungsprüfung (Schreiben des MDK vom 27.02.2015) selbst zu überprüfen; sie hätte das Ergebnis der Abrechnungsprüfung nicht abwarten dürfen. Die Mitteilung über die Einleitung der Abrechnungsprüfung solle das Krankenhaus zur zeitnahen Eigenprüfung der Rechnung (binnen 5 Monaten) anhalten. Nach Ablauf der Fünfmonatsfrist des § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV müsse die Krankenkasse nicht mehr mit Rechnungskorrekturen rechnen. Unerheblich sei, ob der MDK die Notwendigkeit der Nachkodierung des OPS-Kodes 5-469.20 hätte erkennen müssen. Das sei nicht Gegenstand des Prüfauftrags gewesen. Sie habe, da die OPS-Kodierung in der Rechnung vom 10.02.2015 nicht nachvollziehbar gewesen sei und überprüft werden sollte, nur danach gefragt, ob der kodierte OPS-Kode durch den OPS-Kode 5-511.02 ersetzt werden müsse. Der MDK sei nicht verpflichtet, alle möglichen Kodierungsvarianten zu prüfen; das sei Aufgabe des Krankenhauses. Die Richtigkeit der vorgenommenen Nachkodierung werde ebenfalls bestritten.

Die Klägerin wandte abschließend ein, der dem MDK erteilte Prüfauftrag habe sich nach seinem Wortlaut ("MDK Direktberatung erfolgte, OPS wie gekennzeichnet nicht nachvollziehbar. Zu ersetzen durch 5-511.02?") nur auf die Frage gerichtet, ob der in der Rechnung vom 10.02.2015 kodierte OPS-Kode 5-511.42 durch den OPS-Kode 5-511.02 zu ersetzen sei. Der MDK habe diesen Prüfauftrag mit seinem Gutachten vom 09.07.2015 erfüllt und bestätigt, dass die Kodierung des OPS-Kodes 5-511.42 korrekt sei. Weshalb der MDK außerdem die Kodierung des OPS-Kodes 5-514.d0, dessen Ersetzung durch den OPS-Kode 5-511.02 nicht in Betracht kommen könne, überprüft und beanstandet habe, sei nicht nachvollziehbar. Diese Prüfung gehe über den von der Beklagten erteilten Prüfauftrag hinaus. Die Krankenkasse müsse den Prüfauftrag genau abfassen, da er weitreichende Folgewirkungen habe. Sie habe die Rechnung vom 10.02.2015 nach Erhalt des MDK-Gutachtens vom 19.07.2015 nochmals überprüft und im Schreiben vom 27.10.2015 auf die Notwendigkeit der Nachkodierung des OPS-Kodes 5-469.20 hingewiesen. Die Beklagte habe hinsichtlich der (zweiten) Rechnung vom 26.11.2015 eine (weitere) Abrechnungsprüfung nicht fristgerecht (binnen 6 Wochen, vgl. § 275 Abs. 1c SGB V) eingeleitet. Die Regelungen in § 7 Abs. 5 PrüfvV stünden der nachträglichen Rechnungskorrektur (durch Rechnung vom 26.11.2015) nicht entgegen. Gemäß § 7 Abs. 5 Satz 1 PrüfvV seien Korrekturen und Ergänzungen von (Abrechnungs-)Datensätzen während einer Abrechnungsprüfung durch den MDK (nur) einmal möglich. Gemäß § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV müsse der MDK Datensatzkorrekturen und -ergänzungen, die sich auf den Prüfgegenstand bezögen, nur dann in die Abrechnungsprüfung einbeziehen, wenn die Korrektur bzw. Ergänzung innerhalb von 5 Monaten nach Erteilung des Prüfauftrags erfolge. Damit solle verhindert werden, dass ggf. weit gediehene Abrechnungsprüfungen wegen verspätet nachgereichter Abrechnungsdaten neu begonnen werden müssten. Verspätet nachgereichte Abrechnungsdaten müsse der MDK nicht berücksichtigen; das Krankenhaus könne sie aber ggf. in einem gerichtlichen Vergütungsstreit geltend machen (vgl. dazu auch die Umsetzungshinweise der DKG zur PrüfvV in KH 2014,938, 952). Die PrüfvV sei nur für denjenigen Teil einer Krankenhausrechnung maßgeblich, der nach Maßgabe des dem MDK erteilten Prüfauftrags (hier Ersetzung der kodierten OPS-Kodes durch den OPS-Kode 5-511.02) Gegenstand der Abrechnungsprüfung geworden sei. Der MDK hätte der Beklagten aufzeigen müssen, dass sie, die Klägerin, den OPS-Kode 5-469.20 (der für die Adhäsiolyse zu kodieren sei, die ihrerseits keinen Bezug zu den OPS-Kodes 5-511.42 und 5-514.d0 habe) versehentlich nicht kodiert habe; dessen (Nach-)Kodierung liege gänzlich außerhalb des dem MDK erteilten Prüfauftrags. Davon abgesehen habe der MDK in seinem Gutachten vom 09.07.2015 unter Erweiterung des ihm

erteilten Prüfauftrags die Kodierung des OPS-Kodes 5-514.d0 überprüft, was eine erneute Fünfmonatsfrist für die Korrektur bzw. Ergänzung von Abrechnungsdaten in Gang gesetzt habe (vgl. § 7 Abs. 5 Satz 3 PrüfvV); diese sei bei Erstellung der Rechnung vom 26.11.2015 noch nicht verstrichen gewesen. Schließlich hätte die Beklagte, sollte sie die (Nach-)Kodierung des OPS-Kodes 5-469.20 für fehlerhaft halten, eine entsprechende MDK-Prüfung (fristgerecht, binnen 6 Wochen) einleiten müssen; das sei nicht geschehen. Die Beklagte sei deswegen mit allen Einwendungen gegen die Rechnung vom 27.11.2015 ausgeschlossen.

Mit Urteil vom 08.03.2017 verurteilte das SG die Beklagte, an die Klägerin 753,67 EUR zzgl. Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 30.12.2015 zu zahlen. Im Übrigen wies es die Klage ab.

Zur Begründung führte das SG aus, der Klägerin stehe für die Krankenhausbehandlung des Versicherten (nach Maßgabe der Regelungen in § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und der Regelungen des Landesvertrags (§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V) sowie der Fallpauschalenvereinbarung 2015) die mit Rechnung vom 26.11.2015 geltend gemachte Vergütung i.H.v. 4.636,29 EUR zu, wobei nach Abzug des auf die Rechnung vom 10.02.2015 bereits gezahlten Vergütungsbetrags (nach Aufrechnung i.H.v. (nur) 2.051,25 EUR (noch) 3.882,62 EUR) weitere 753,67 EUR zu zahlen seien. Die mit der Rechnung vom 26.11.2015 vorgenommene nachträgliche Rechnungskorrektur sei zulässig. Hierfür gälten mangels ausdrücklicher gesetzlicher oder (landes-)vertraglicher Regelung die Grundsätze von Treu und Glauben (§ 242 BGB i.V.m. § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V), wobei berücksichtigt werden müsse, dass die Beteiligten aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens ständig professionell zusammenarbeiteten und ihre Vertragsbeziehungen von einem systembedingten Beschleunigungsgebot geprägt seien mit der Pflicht zu gegenseitiger Rücksichtnahme. Im Hinblick darauf habe das BSG die Grenzen für nachträgliche Rechnungskorrekturen näher festgelegt (vgl. Urteile vom 08.09.2009, - B 1 KR 11/09 R -, vom 17.12.2009, - B 3 KR 12/08 R -, vom 13.11.2012, - B 1 KR 6/12 R -, vom 22.11.2012, - B 3 KR 1/12 R -, alle in juris). Grundsätzlich uneingeschränkt zulässig seien nachträgliche Rechnungskorrekturen nur innerhalb einer Frist von 6 Wochen nach Erteilung der Schlussrechnung (dazu näher BSG, Urteil vom 22.11.2012, - B 3 KR 1/12 R -, in juris). Äußerste zeitliche Grenze für nachträgliche Rechnungskorrekturen sei das Ende des auf die erste Rechnungsstellung folgenden Kalenderjahres; danach sei die Befugnis zur nachträglichen Rechnungskorrektur bzw. zur Nachforderung einer noch nicht abgerechneten Vergütung regelmäßig verwirkt. Weitere Einschränkungen (wie Nachforderung bis zur Höhe der Aufwandspauschale u.a.) seien nach der neueren Rechtsprechung des BSG nicht mehr maßgeblich (vgl. BSG, Urteil vom 05.07.2016, - B 1 KR 40/15 R -, in juris). Danach stehe der hier vorgenommenen nachträglichen Rechnungskorrektur Verwirkung nicht entgegen, da sie (sogar) noch im Kalenderjahr der ersten Rechnungsstellung erfolgt sei. Unerheblich sei, dass die angeführte BSG-Rechtsprechung Fallgestaltungen betreffe, für die die (erst für Krankenhausbehandlungen ab 01.01.2015 maßgebliche) PrüfvV noch nicht gegolten habe. Die einschränkenden Regelungen für die Korrektur oder Ergänzung von (Abrechnungs-)Datensätzen in § 7 Abs. 5 PrüfvV (nur einmalige Korrektur- bzw. Ergänzung binnen einer Fünfmonatsfrist) seien nur anzuwenden, wenn eine MDK-Abrechnungsprüfung stattfinde. Andernfalls bleibe es für die nachträgliche Rechnungskorrektur bei der (alleinigen) Maßgeblichkeit der vorstehend dargestellten Rechtsprechung des BSG. Das gelte nach dem Gesamtzusammenhang der einschlägigen Regelungen in der PrüfvV auch dann, wenn eine MDK-Abrechnungsprüfung zwar stattfinde, diese aber einen anderen Sachverhalt als die nachträgliche Rechnungskorrektur zum Gegenstand habe. Die Fünfmonatsfrist für die Korrektur oder Ergänzung der Abrechnungsdaten (§ 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV) gelte nur für die beim MDK (konkret) in Auftrag gegebene (vgl. § 4 PrüfvV) Abrechnungsprüfung. Der MDK sei gemäß § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV zur Zurückweisung verspäteter Datenkorrekturen oder -ergänzungen nur innerhalb seines konkreten Prüfauftrags befugt. Datenkorrekturen oder -ergänzungen, die den Prüfauftrag nicht berührten, müssten auch nach Ablauf der Fünfmonatsfrist des § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV berücksichtigt werden, und zwar auch dann, wenn das Prüfverfahren bereits abgeschlossen und das von der Krankenkasse in Auftrag gegebene MDK-Gutachten erstellt worden sei. Die gegenteilige Auffassung des GKV-Spitzenverbands habe im Wortlaut des § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV keine Stütze. Hier habe die Beklagte eine Teilabrechnungsprüfung in Auftrag gegeben. Die zunächst auf eine Vollprüfung der Abrechnung hinweisende Fragestellung des Prüfauftrags ("Ist/sind die Prozedur(en) korrekt?") sei nachfolgend konkretisiert worden. Der MDK habe nämlich nur die Prüfung gekennzeichneter OPS-Kodes durchführen und klären sollen, ob diese durch den OPS-Kode 5-511.02 zu ersetzen seien. Damit habe sich der Prüfauftrag nicht auf alle abrechnungsrelevanten Prozeduren, sondern nur auf einzelne Prozeduren gerichtet, hier auf die Prüfung des (gekennzeichneten) OPS-Kodes 5-511.42 und dessen Ersetzung durch den OPS-Kode 5-511.02. Dementsprechend habe sich Dr. K. im MDK-Gutachten vom 09.07.2015 auch nur mit dieser Fragestellung befasst. Dass außerdem die Kodierung des OPS-Kodes 5-514.d0 geprüft worden sei, sei unerheblich. Im Hinblick auf den (eingeschränkten) Prüfauftrag habe Dr. K. weitere Prozeduren (zu Recht) nicht geprüft und insbesondere nicht untersucht, ob andere OPS-Kodes, wie der OPS-Kode 5-469.20, zu kodieren gewesen wären. Davon abgesehen sei es auch nicht Aufgabe des MDK zu klären, welche OPS-Kodes das Krankenhaus richtigerweise ansetzen könne. Die Rechnung vom 26.11.2015 mit der Kodierung des OPS-Kodes 5-469.20 habe damit einen anderen Sachverhalt als der dem MDK erteilte Prüfauftrag zum Gegenstand, weshalb die Fünfmonatsfrist des § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV für diese Rechnung nicht maßgeblich sei. Die Regelung in § 6 Abs. 3 Satz 3 und 4 PrüfvV, wonach der MDK den Prüfanlass erweitern dürfe und dies dem Krankenhaus anzeigen müsse, ändere nichts, da dann gemäß § 7 Abs. 5 Satz 3 PrüfvV eine erneute Fünfmonatsfrist für die Korrektur oder Ergänzung von Abrechnungsdaten in Gang gesetzt werde. Diese Regelung unterstreiche zudem, dass die Fünfmonatsfrist des § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV an den jeweiligen Prüfanlass und die jeweils durchgeführte Prüfart gebunden sei; das Beschleunigungsgebot, das der PrüfvV insgesamt zugrunde liege, sei auch nur in diesem Rahmen von Belang. Mit Einwendungen gegen die Richtigkeit der Rechnung vom 26.11.2015 sei die Beklagte ausgeschlossen (vgl. § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V bzw. § 6 Abs. 2 Satz 2 PrüfvV). Verzugszinsen stünden der Klägerin erst ab 30.12.2015 und nicht schon ab 04.11.2015 zu; insoweit habe die Klage (in geringfügigem Umfang) keinen Erfolg.

Gegen das ihr am 20.03.2017 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 19.04.2017 Berufung eingelegt. Die Klägerin hat (Anschluss-)Berufung nicht eingelegt.

Die Beklagte bekräftigt ihr bisheriges Vorbringen. Die nachträgliche Rechnungskorrektur durch Rechnung vom 26.11.2015 sei unzulässig. Sie habe das Prüfverfahren am 27.02.2015 fristgerecht eingeleitet. Im Hinblick auf die Fünfmonatsfrist des § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV sei eine nachträgliche Rechnungskorrektur daher nur bis zum 27.07.2015 zulässig; die Rechnung vom 26.11.2015 sei daher verspätet. Im Hinblick auf die Grundsätze von Treu und Glauben (§ 242 BGB) hätte die Klägerin spätestens nach Erhalt der Mitteilung über die Einleitung des Prüfverfahrens eine eigenständige Rechnungsprüfung durchführen müssen. Sie hätte das Ergebnis der MDK-Abrechnungsprüfung nicht abwarten dürfen. Andernfalls könne die PrüfvV ihre Zielsetzung (Etablierung eines effizienten und beschleunigten, konsensorientierten Verfahrens, vgl. § 1 PrüfvV) nicht erreichen. Ob die Krankenkasse den MDK mit der Voll- oder (nur) der Teilprüfung einer Krankenhausabrechnung beauftrage, hänge von den ihr vorliegenden Daten, auf deren Richtigkeit sie vertrauen müsse, ab. Zur Vermeidung unnötigen Verwaltungsaufwands werde in der Regel eine Teilprüfung in Auftrag gegeben. Nach Kenntnis des Prüfauftrags habe das Krankenhaus 5 Monate Zeit, um die Abrechnung selbst zu prüfen und ggf. eine nachträgliche Rechnungskorrektur vorzunehmen. Die

Rechtsauffassung des SG laufe dem prüfverfahrensrechtlichen Beschleunigungsgebot zuwider. Außerdem könne eine zweite Abrechnungsprüfung (hinsichtlich der nachträglich korrigierten Rechnung) notwendig werden, ggf. mit der Pflicht zur Zahlung einer zweiten Aufwandspauschale. Aus dem Wortlaut der Vorschriften in der PrüfvV gehe die vom SG postulierte Begrenzung des Anwendungsbereichs der Fristvorschriften für die nachträgliche Rechnungskorrektur durch den Prüfanlass nicht hervor. Wäre das gewollt gewesen, hätten die Vertragspartner der PrüfvV eine entsprechende Regelung treffen können, was aber nicht geschehen sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des SG Reutlingen vom 08.03.2017 abzuändern und die Klage insgesamt abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil und bekräftigt ebenfalls ihr bisheriges Vorbringen. Die PrüfvV bezeichne einzelne Fristen ausdrücklich als Ausschlussfristen (vgl. §§ 6 Abs. 2 Satz 3, 8 Abs. 4 PrüfvV); die Fünfmonatsfrist in § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV gehöre nicht dazu. Diese Frist habe daher keine Präklusionswirkung für die nachträgliche Rechnungskorrektur, befreie vielmehr nur den MDK von der Pflicht, nicht fristgerecht nachgereichte Abrechnungsdaten in seine (laufende) Abrechnungsprüfung einzubeziehen. Im Übrigen gelte die Fünfmonatsfrist nur für die Korrektur oder Ergänzung von prüfauftragsrelevanten Abrechnungsdaten. Für die Korrektur oder Ergänzung nicht prüfauftragsrelevanter Abrechnungsdaten bleibe es bei den Maßgaben, die das BSG für die nachträgliche Rechnungskorrektur aufgestellt habe. Der Umfang des Prüfauftrags der Krankenkasse habe für das Prüfverfahren grundlegende Bedeutung, etwa was die vorzulegenden Behandlungsunterlagen angehe. Die Krankenkasse sei Herrin des Prüfverfahrens und müsse den Prüfauftrag klar festlegen. Das gelte erst recht, wenn man die Fünfmonatsfrist des § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV, was im Hinblick auf die Rechtsgrundlage der PrüfvV in § 17c Abs. 2 KHG aber nicht zulässig sei (vgl. SG Dortmund, Urteil vom 05.05.2017, - S 49 KR 580/16 -, in juris Rdnr. 43 ff.), als Ausschlussfrist einstufen würde (gegen die Annahme einer Ausschlussfrist auch etwa SG Detmold, Urteil vom 31.03.2017, - S 24 KR 230/16 -, in juris Rdnr. 32). Hier sei, wie das SG zutreffend angenommen habe, ein beschränkter Prüfauftrag (Überprüfung eines bestimmten OPS-Kodes bzw. dessen Ersetzung durch einen anderen OPS-Kode) erteilt worden. Der Prüfauftrag habe daher einen anderen Sachverhalt als die nachträgliche Rechnungskorrektur zum Gegenstand. Für ihre "Verteidigung" im Prüfverfahren sei auch nur der aus dem Prüfauftrag ersichtliche Prüfsachverhalt maßgeblich gewesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist gemäß §§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Streitgegenstand ist der (von der Klägerin statthaft mit der allgemeinen Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG) geltend gemachte, vgl. etwa BSG, Urteil vom 28.03.2017, - B 1 KR 15/16 R -, in juris) Anspruch auf Zahlung einer Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten vom 03.01.2015 bis 04.01.2015. Die Beklagte wendet sich mit der Berufung gegen die Verurteilung zur Zahlung eines (weiteren) Vergütungsbetrags i.H.v. 753,67 EUR nach Maßgabe der Rechnung vom 26.11.2015 (Rechnungsbetrag: 4.636,29 EUR; bereits erfolgte Zahlung auf die Rechnung vom 10.02.2015: 3.882,62 EUR). Der Beschwerdewert des § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG (750 EUR) ist überschritten (vgl. dazu auch Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG § 144 Rdnr. 14). Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt worden und daher auch im Übrigen gemäß § 151 SGG zulässig.

Die Berufung der Beklagten ist jedoch nicht begründet. Das SG hat sie zu Recht zur Zahlung der von der Klägerin geforderten Vergütung verurteilt.

Das SG hat die (den Beteiligten auch geläufigen) Rechtsgrundlagen und Voraussetzungen für die Vergütung der (voll-)stationären Krankenhausbehandlungen gesetzlich Versicherter zutreffend dargelegt (vgl. nur etwa BSG, Urteil vom 19.12.2017, - B 1 KR 17/17 R - in juris Rdnr. 12, 13; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 11.12.2018, - L 11 KR 206/18 -, in juris Rdnr. 25 unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 17.05.2000, - B 3 KR 33/99 R -, in juris; Senatsurteil vom 31.01.2018, - L 5 KR 2399/16 -, in juris Rdnr. 32). Die Beteiligten streiten nicht darüber, dass der Klägerin danach die mit Rechnung vom 26.11.2015 im Wege der nachträglichen Rechnungskorrektur (der Rechnung vom 10.02.2015) geltend gemachte Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten dem Grunde und der Höhe nach, auch zuzüglich Zinsen, zusteht, sofern, was allein streitig ist, sich die nachträgliche Rechnungskorrektur als zulässig erweist. Hierfür kommt es, da die (Neu-)Regelung in § 7 Abs. 5 Satz 3 PrüfvV 2016 (Datensatzkorrektur nur bis zum Ende der MDK-Abrechnungsprüfung zulässig) vorliegend (Prüfung im Jahr 2015) nicht einschlägig und da Verjährung oder Verwirkung (dazu: BSG, Urteil vom 05.07.2016, - B 1 KR 40/15 R -, in juris) unstreitig nicht eingetreten ist, allein darauf an, ob, wie die Beklagte meint, die in § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV festgelegte (und hier unstreitig verstrichene) Fünfmonatsfrist für die nachträgliche (Abrechnungs-)Datensatzkorrektur im MDK-Prüfverfahren (auch) die nachträgliche Rechnungskorrektur im Abrechnungsverfahren ausschließt. Das ist jedoch nicht der Fall. Eine Rechtswirkung dieser Art kommt der genannten Fristvorschrift nicht zu, wobei dahinstehen mag, ob die PrüfvV für (wie hier) vor Inkrafttreten des § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V zum 01.01.2016 durchgeführte Prüfungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit (hier: der Richtigkeit der DRG-Kodierung) einer Krankenhausabrechnung (überhaupt) gilt (vgl. dazu etwa BSG, Urteil vom 23.05.2017, - B 1 KR 28/16 R -, in juris 16 ff., 30 ff.). Nach Verstreichen der in § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV festgelegten Frist für die nachträgliche Korrektur von Abrechnungsdaten ist das Krankenhaus mit (neuem) Abrechnungsvorbringen nur für das (laufende) MDK-Prüfverfahren ("formell"), nicht jedoch für ein (nachfolgendes) Gerichtsverfahren ("materiell") präkludiert (zum Begriff der formellen und materiellen Präklusion im Zusammenhang mit der Anfechtung von Verwaltungsakten etwa NK-VwGO/Wolff § 113 Rdnr. 47 m.w.N.) und auch nicht an der Geltendmachung durch nachträgliche Rechnungskorrektur gehindert. Dafür sind folgende Erwägungen des Senats maßgeblich:

Die PrüfvV ist ein öffentlich-rechtlicher Vertrag mit normativer Wirkung. Die Regelungen der PrüfvV binden als untergesetzliche Rechtsvorschriften die Krankenkassen, den MDK und alle gemäß § 108 SGB V zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassenen Krankenhäuser (vgl. Gerlach, in: Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht § 17c KHG Rdnr. 23). Rechtsgrundlage der PrüfvV ist § 17c Abs. 2 Satz

1 und 2 KHG. Danach regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V möglich (Satz 1). Die Partner der PrüfvV haben insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des MDK, über den Zeitpunkt der Beauftragung des MDK, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen; die §§ 275 bis 283 SGB V bleiben im Übrigen unberührt (Satz 2). Die Rechtssetzungsbefugnis der Partner der PrüfvV beschränkt sich auf den in der Rechtssetzungsermächtigung des § 17c Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 KHG festgelegten Regelungsgegenstand, also auf das "Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V". Auf der Grundlage des § 17c Abs. 2 KHG dürfen daher nur verfahrensrechtliche Regelungen zur Abrechnungsprüfung, nicht jedoch materiell-rechtliche Regelungen zum Vergütungsanspruch des Krankenhauses getroffen werden (vgl. dazu auch etwa BSG, Urteil vom 19.04.2016, - B 1 KR 33/15 R -, in juris Rdnr. 10 ff.: Unwirksamkeit einer untergesetzlichen Zahlungsregelung). Die Vorschrift in § 17c Abs. 2 Satz 2 KHG verdeutlicht das. Darin sind einzelne Regelungsgegenstände als Mindestinhalt der PrüfvV aufgeführt, die allesamt Einzelheiten zum Verfahrensgang der Abrechnungsprüfung betreffen, wie den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des MDK, den Zeitpunkt der Beauftragung des MDK, die Prüfungsdauer und den Prüfungsort sowie die Abwicklung von Rückforderungen. § 17c Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 KHG, der abweichende Regelungen zu § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V erlaubt, hat ebenfalls eine Verfahrensvorschrift (Sechswochenfrist für Einleitung und Anzeige der MDK-Abrechnungsprüfung) zum Gegenstand; dass dieser Frist (auch) eine "materiell präkludierende" Wirkung (für das Gerichtsverfahren) beigemessen wird (vgl. BSG, Urteil vom 16.05.2012, - B 3 KR 14/11 R -, in juris Rdnr. 24 ff., 28, 30; Gerlach, in: Hauck/Noftz SGB V § 275 Rdnr. 56) ist im Hinblick auf die gesonderte (gesetzliche) Abweichungsermächtigung in § 17c Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 KHG vorliegend ohne Belang.

Zum Prüfverfahrensrecht i.S.d. § 17c Abs. 2 KHG gehören ohne Weiteres auch Regelungen über die Rechtsfolgen von Versäumnissen im Prüfverfahren, wie verfahrensrechtliche Ausschlussfristen (als "formelle Präklusionsvorschriften", vgl. etwa § 6 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV oder § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV - dazu zutreffend SG Detmold, Urteil vom 20.04.2018, - S 24 KR 863/17 -, in juris Rdnr. 31, a.A. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17.04.2018, - L 11 KR 936/17 -, in juris Rdnr. 53). Diese dienen dem (verfahrensrechtlichen) Ziel der PrüfvV, das bundesweit vereinheitlichte Prüfverfahren effektiver und konsensorientierter zu gestalten und auch zu beschleunigen (vgl. BT-Drs. 17/13947, S. 38, sowie SG Detmold, Urteil vom 20.04.2018, - S 24 KR 863/17 -, in juris Rdnr. 27). Demgegenüber gehören Regelungen (im Sinne von "materiellen Präklusionsvorschriften" bzw. materiellen Ausschlussvorschriften) über den Ausschluss der Geltendmachung von Abrechnungssachverhalten im Gerichtsverfahren oder über den Ausschluss nachträglicher Rechnungskorrekturen innerhalb der gesetzlichen Verjährungsfrist (4 Jahre, analog §§ 45 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I), 25 Abs. 1, 27 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV), 113 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X), dazu Schrinner, in: Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, § 109 SGB V Rdnr. 22 m.N. zur Rspr. des BSG) bzw. innerhalb des vom BSG auf der Grundlage des § 242 BGB postulierten (Verwirkungs-)Zeitraums (Ablauf des auf die erste Rechnungsstellung folgenden Kalenderjahrs (Haushaltsjahrs), BSG, Urteil vom 05.07.2016, - B 1 KR 40/15 R -, in juris Rdnr. 21; Urteil vom 23.05.2017, - B 1 KR 27/16 R -, in juris Rdnr. 10) nicht mehr zum (formellen) Prüfverfahrensrecht i.S.d. § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG (zur Verbindung der materiellen Präklusion mit dem (materiell-rechtlichen) Verwirkungsgedanken etwa NK-VwGO/Wolff, § 113 Rdnr. 48 m.N. zur Rspr.); der Ausschluss nachträglicher Rechnungskorrekturen im Besonderen gehört zum (materiellen) Krankenhausvergütungsrecht. Rechtswirkungen auf den materiell-rechtlichen Vergütungsanspruch des Krankenhauses (oder dessen gerichtliche Geltendmachung) können Regelungen der PrüfvV daher auch im Wege der Auslegung nicht beigemessen werden; damit würde der Umfang der Rechtssetzungsermächtigung in § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG überschritten (vgl. auch SG Detmold, a.a.O.; SG Kassel, Urteil vom 25.11.2016, - S 12 KR 594/15 -, in juris Rdnr. 27; SG Dortmund, Urteil vom 05.05.2017, - S 49 KR 580/16 -, in juris Rdnr. 43; diese Frage offenlassend LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 13.08.2018, - L 5 KR 155/18 NZB -, in juris Rdnr. 15; zur Einstufung der Frist in § 7 Abs. 3 Satz 2 PrüfvV als materiell-rechtliche Ausschlussfrist LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17.04.2018, - L 11 KR 936/17 -, in juris Rdnr. 53). Wollte man Regelungen der PrüfvV, hier in § 7 Abs. 5 Satz 2, gleichwohl dem Krankenhausvergütungsrecht zuordnen, wären sie als vergütungsrechtliche Bestimmungen jedenfalls streng wortlautbezogen auszulegen (vgl. BSG, Urteil vom 26.09.2017, - B 1 KR 9/17 R -, in juris Rdnr. 14; Senatsurteil vom 22.03.2017, - L 5 KR 4740/15 -, in juris Rdnr. 25 m.w.N.).

Davon ausgehend schließt die Regelung in § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV schon nach ihrem Wortlaut die nachträgliche Rechnungskorrektur (einer Krankenhausabrechnung) nicht aus (anders ersichtlich die Umsetzungshinweise der DKG zur PrüfvV in: Das Krankenhaus, 2014, 938, 952). Gemäß § 7 Abs. 5 Satz 1 PrüfvV sind Korrekturen oder Ergänzungen von (Abrechnungs-)Datensätzen nur einmalig möglich und der MDK muss diese gemäß § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV nur dann in seine (Abrechnungs-)Prüfung einbeziehen, wenn sie innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens (§ 6 Abs. 2 PrüfvV) an die Krankenkasse erfolgt. Die Vorschrift hat damit nur die nachträgliche Datensatzkorrektur im MDK-Prüfverfahren zum Gegenstand. Zur nachträglichen Rechnungskorrektur im Abrechnungsverfahren verhält sie sich nicht. Das wäre nach Auffassung des Senats, wie dargelegt, angesichts der auf die Regelung des MDK-Prüfverfahrens beschränkten Rechtssetzungsermächtigung in § 17c Abs. 2 KHG auch nicht zulässig. Eine Frist für die nachträgliche Rechnungskorrektur wäre keine das Nähere des Prüfverfahrens regelnde verfahrensrechtliche, sondern eine das Nähere des Abrechnungsverfahrens regelnde materiell-rechtliche Ausschlussfrist, die zu den materiell-rechtlichen Regelungen über die Verjährung und die Verwirkung des Vergütungsanspruchs für Krankenhausbehandlungen hinzuträte; zu Regelungen dieser Art sind die Partner der PrüfvV nicht ermächtigt.

Muss die Beklagte danach den im Wege der nachträglichen Rechnungskorrektur geltend gemachten Vergütungsbetrag (i.H.v. noch 753,67 EUR) zahlen, ist sie auch zur Zahlung von Zinsen verpflichtet (vgl. § 19 Abs. 3 des Landesvertrags nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V); hierfür sei auf die entsprechenden Ausführungen in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils Bezug genommen (§ 153 Abs. 2 SGG).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf §§ 47 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht (§ 160 Abs. 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login

BWB
Saved
2019-04-29