

S 1 KR 3109/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Reutlingen (BWB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KR 3109/15
Datum
11.01.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Wird eine Krankenhausabrechnung keiner Prüfung durch den MDK unterzogen, findet die Rechtsprechung des BSG zur Zulässigkeit einer nachträglichen Rechnungskorrektur (vgl. Urteile vom 22.11.2012 – [B 3 KR 1/12 R](#) – und vom 05.07.2016 – [B 1 KR 40/15 R](#)) auch unter Geltung der PrüfV weiterhin uneingeschränkt Anwendung.

2. Erfolgt eine Prüfung durch den MDK, wird die Rechtsprechung des BSG zur Zulässigkeit einer nachträglichen Rechnungskorrektur durch § 7 Abs. 5 PrüfV nur insoweit modifiziert, als die Rechnungskorrektur den Gegenstand der MDK-Prüfung betrifft. Bezieht sich also der Prüfanlass auf einen anderen Sachverhalt als die Rechnungskorrektur, findet die Rechtsprechung des BSG weiterhin uneingeschränkt Anwendung. Eine Rechnungskorrektur ist daher in diesen Fällen noch bis zum Ende des auf die Schlussrechnung folgenden Kalenderjahres zulässig. Die in § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfV enthaltene 5-Monats-Frist findet in diesen Fällen keine Anwendung.

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2.983,43 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 06.11.2015 zu zahlen. 2. Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Tatbestand:

Im Streit ist die Vergütung einer vom 12. bis 19.01.2015 durchgeführten stationären Krankenhausbehandlung.

Der im ... geborene, bei der Beklagten krankenversicherte ... (L.) erlitt am 01.06.2014 bei einem Motorradunfall eine Beckenfraktur Typ C, die mit einer Osteosynthese des rechten Iliosacralgelenks (ISG) mit zweifacher ISG-Verschraubung versorgt wurde.

Aufgrund einer persistierenden Infektion mit Fistelbildung in diesem operativ versorgten Bereich wurde L. nach entsprechender Verordnung durch den Facharzt für Allgemeinmedizin Dr ... am 12.01.2015 in der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungs-Chirurgie der Kliniken, deren Trägerin die Klägerin ist, aufgenommen und dort bis zum 19.01.2015 stationär behandelt. Hierbei wurden am 12.01.2015 die ISG-Schrauben entfernt und eine nochmalige Wundversorgung durchgeführt.

Die Klägerin stellte der Beklagten für diese stationäre Krankenhausbehandlung mit Rechnung vom 12.02.2015 einen Gesamt-Betrag von 2.804,99 EUR (ohne Selbstbeteiligung i.H.v. 80,00 EUR) in Rechnung, der von der Beklagten zunächst auch in vollem Umfang gezahlt wurde. Hierbei brachte die Klägerin die Diagnosis Related Group (DRG) I23B ("Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen") in Ansatz.

Die Beklagte beauftragte daraufhin mit Schreiben vom 19.02.2015 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg mit der Durchführung einer Fehlbelegungsprüfung und teilte dies der Klägerin ebenfalls mit Schreiben vom 19.02.2015 mit. In seinem daraufhin erstellten Gutachten vom 13.07.2015 gelangte Dr. zu dem Ergebnis, eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit ab 17.01.2015 sei nicht nachvollziehbar. Eine Entlassung am 17.01.2015 wäre medizinisch möglich gewesen.

Gestützt hierauf begehrte die Beklagte von der Klägerin mit Schreiben vom 17.07.2015 die Erstattung des ihrer Ansicht nach von ihr zu Unrecht gezahlten Betrages von 491,58 EUR. Nachdem dieses Begehren erfolglos geblieben war, verrechnete die Beklagte – nach Angaben der Klägerin – am 25.08.2015 die ihrer Ansicht nach zu Unrecht i.H.v. 491,58 EUR gezahlte Vergütung mit einer anderen unstreitig bestehenden Forderung der Klägerin ihr gegenüber.

In der Folgezeit stellte die Klägerin fest, dass anstelle der abgerechneten DRG I23B die DRG T01C ("OR-Prozedur bei infektiösen und

parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, außer bei Sepsis") hätte abgerechnet werden müssen. Aus diesem Grunde erstellte sie eine neue Rechnung, datierend vom 28.10.2015, mit der sie unter Ansatz der DRG T01C von der Beklagten die Zahlung eines Betrages von insgesamt 5.296,84 EUR (ohne Selbstbeteiligung) verlangte.

Die Beklagte lehnte mit Schreiben vom 05.11.2015 eine Begleichung dieser Rechnung mit der Begründung ab, die zulässige Frist zur Änderung der Daten habe bereits geendet, die Rechnungskorrektur könne daher keine Berücksichtigung mehr finden.

Die Klägerin hat daraufhin am 11.12.2015 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) mit dem Begehren erhoben, die Beklagte zur Zahlung von 2.983,43 EUR zu verurteilen. Dieser Betrag ergebe sich aus der Differenz zwischen dem mit Rechnung vom 28.10.2015 geltend gemachten Rechnungsbetrag und dem auf die Rechnung vom 12.02.2015 bereits bezahlten Betrag. Zur Begründung hat sie im Wesentlichen vorgetragen, die nachträgliche Rechnungsänderung sei unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zulässig. Die Regelung des § 7 Abs. 5 der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) stehe dem nicht entgegen. Daraus folge, dass das Krankenhaus einmalig zur Rechnungskorrektur befugt sei. Diese Regelung beschneide das Recht zur Nachkodierung in zeitlicher Hinsicht nicht. Vielmehr sei die Krankenkasse nach Ablauf von fünf Monaten nach Einleitung der Prüfung gehalten, ein neues Prüfverfahren einzuleiten. Zudem habe der von der Beklagten dem MDK erteilte Prüfauftrag eine Fehlbelegung betroffen. Die hier durchgeführte Änderung der Kodierung habe damit jedoch nichts zu tun. Ergänzend werde auf die Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) verwiesen. Überdies sei die Beklagte mangels medizinischen Sachverständes nicht in der Lage, die Nachkodierung zu überprüfen. Sie hätte daher eine Prüfung durch den MDK innerhalb von sechs Wochen einleiten müssen, was jedoch nicht erfolgt sei. Daher sei sie jetzt mit Einwendungen ausgeschlossen. Der streitgegenständliche Betrag sei infolge der Ablehnung vom 05.11.2015 vom 06.11.2015 an zu verzinsen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.983,43 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 06.11.2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat im Wesentlichen vorgetragen, es habe keine Notwendigkeit zur Krankenhausbehandlung über den 17.01.2015 hinaus bestanden. Die nachträgliche Rechnungskorrektur der Klägerin sei nicht zu berücksichtigen, da sie außerhalb der in der PrüfVv geregelten 5-Monats-Frist erfolgt sei, die angesichts der mit der PrüfVv verfolgten Ziele als Ausschlussfrist anzusehen sei.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der vorgelegten Beklagtenakte, der vorgelegten Patientenakte und der Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die beim sachlich und örtlich zuständigen SG von der Klägerin zu Recht erhobene (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) des Sozialgerichtsgesetzes – SGG – (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. z.B. [BSGE 90, 1](#); [100, 164](#); [102, 172](#); [104, 15](#)) auf Zahlung der Vergütung für die Behandlung des L. in ihren Kliniken. ist zulässig. Vorliegend handelt es sich um einen sogenannten Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten ist.

Die Klageforderung ist auch begründet.

Aus der Rechnung vom 28.10.2015 hat die Klägerin gegen die Beklagte Anspruch auf Zahlung des sich unter Abzug der auf die Rechnung vom 12.02.2015 bereits geleisteten Zahlung von 2.313,41 EUR ergebenden streitgegenständlichen Betrages von 2.983,43 EUR.

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Vergütung der hier im Jahr 2015 erbrachten stationären Krankenhausbehandlung ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) in der hier maßgebenden Fassung des Fallpauschalengesetzes vom 23.04.2002 (BGBl. I., S. 1412) i.V.m. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) in der hier maßgebenden Fassung des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes vom 17.03.2009 ([BGBl. I, S. 534](#)) und dem durch Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21.09.2005 festgesetzten Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) über "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen mit Ausnahme der vom BSG beanstandeten Regelung in § 19 Abs. 2 (vgl. BSG, Urteil vom 13.11.2012 - [B 1 KR 27/11 R](#) - juris). Dieser Vertrag ist nach [§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land, zu denen die Kliniken als Plankrankenhaus nach [§ 108 Nr. 2 SGB V](#) gehören, unmittelbar verbindlich.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 13.11.2012 - [B 1 KR 14/12 R](#) - juris m.w.N.). Vorliegend ist zwischen den Beteiligten unstreitig, dass die stationäre Behandlung des L. bei der Klägerin erforderlich war.

Die von der Klägerin geltend gemachte Vergütung für den hier streitigen Behandlungsfall bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage, wobei dieser Anspruch auf Bundesebene hier durch die auf der Grundlage des § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Fassung des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.07.2013 ([BGBl. I, S. 2423](#)) und des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG in der Fassung des Gesetzes vom 17.03.2009 (a.a.O.) am 23.09.2014 geschlossene Fallpauschalenvereinbarung 2015 einschließlich der Anlagen 1 bis 7, insbesondere der

Anlage 1 (Fallpauschalen-Katalog) konkretisiert wurde. Vorliegend hat die Klägerin ihre auf die DRG I23B gestützte Rechnung vom 12.02.2015 nachträglich korrigiert und nunmehr mit Rechnung vom 28.10.2015 unter Ansatz der DRG T01C die Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung des L. von der Beklagten begehrt.

Diese nachträgliche Rechnungskorrektur ist entgegen der Ansicht der Beklagten hier zulässig.

Der zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen geschlossene Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) über "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" enthält weder eine Regelung, die die Nachberechnung ausschließt, noch eine solche, die eine zeitliche Grenze dafür setzt.

Mangels ausdrücklicher (vertraglicher oder gesetzlicher) Regelung richtet sich somit die Zulässigkeit von Nachforderungen eines Krankenhausträgers wegen Behandlung eines Versicherten gemäß dem über [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) auf die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen einwirkenden Rechtsgedanken des [§ 242](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches nach Treu und Glauben in Gestalt der Verwirkung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Beteiligten aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens ständig professionell zusammenarbeiten. Diese Vertragsbeziehungen sind von einem systembedingten Beschleunigungsgebot geprägt und verpflichten zu gegenseitiger Rücksichtnahme. Den Beteiligten sind die gegenseitigen Interessenstrukturen geläufig. Die sich hieraus ergebenden Grenzen einer nachträglichen Rechnungskorrektur wurden in der Rechtsprechung des BSG in mehreren Entscheidungen (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](#) und vom 22.11.2012 – [B 3 KR 1/12 R](#) –, – alle juris –) unter unterschiedlichen Aspekten konkretisiert.

Auch vor Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist können sich danach aus dem Grundsatz von Treu und Glauben Einschränkungen der Korrekturmöglichkeit in zeitlicher Hinsicht ergeben. Während Korrekturen innerhalb einer Frist von sechs Wochen nach der Schlussrechnung grundsätzlich ohne weitere Einschränkungen möglich sind (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 17.12.2009, [a.a.O.](#)) sind nach Ablauf dieser Frist Korrekturen nur noch unter weiteren Einschränkungen möglich (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 22.11.2012, [a.a.O.](#)). Danach stellt generell das Ende des auf die unrichtige erste Abrechnung folgenden Kalenderjahres den äußersten Zeitpunkt für Korrekturmöglichkeiten dar. Wird diese Frist nicht eingehalten, ist der Anspruch auf die noch offene restliche Vergütung in der Regel nach Treu und Glauben verwirkt.

Während das BSG in seinem Urteil vom 22.11.2012 ([a.a.O.](#)) noch weitere Einschränkungen hinsichtlich einer zulässigen nachträglichen Rechnungskorrektur für geboten ansah (Nachforderung bis zur Höhe der Aufwandspauschale oder von weniger als 5 v.H. der Rechnungssumme, Überschreitung nicht näher bestimmter kalenderjahresbezogener Prozentsätze hinsichtlich der Gesamtzahl und des Gesamtrechnungsvolumens), hält zwischenzeitlich das BSG (Urteil vom 05.07.2016 – [B 1 KR 40/15 R](#) – juris –) an diesen weiteren Einschränkungen nicht mehr fest.

Nach der Rechtsprechung des BSG, der die erkennende Kammer folgt, ist die hier von der Klägerin - sogar noch im selben Kalenderjahr - vorgenommene nachträgliche Korrektur der ersten Rechnung nicht verwirkt und damit zulässig.

Allerdings ergingen die Entscheidungen des BSG ausschließlich zu stationären Krankenhausbehandlungen, die vor dem Jahr 2015 erfolgt sind. Die Regelungen in der am 04.08.2014 zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG vereinbarten PrüfvV konnten – und mussten – vom BSG in seinen Entscheidungen nicht berücksichtigt werden, da die dortigen Regelungen über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) nach § 12 Abs. 1 Satz 2 PrüfvV (erst) für die Überprüfung bei Patienten gelten, die ab dem 01.01.2015 in ein Krankenhaus aufgenommen werden.

Nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) in der hier maßgebenden Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.2011 ([BGBl. I, S. 2983](#)) sind die Krankenkassen verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen.

Nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) ist bei Krankenhausbehandlung nach § 39 eine Prüfung nach Abs. 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen.

Nach § 17c Abs. 2 KHG in der hier maßgebenden Fassung des Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom 21.07.2012 (BGBl., S. 1613) regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die DKG das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#); in der Vereinbarung sind abweichende Regelung zu [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) möglich. Dabei haben sie 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. Diese mit dem Gesetz vom 15.07.2013 ([a.a.O.](#)) zum 01.08.2013 eingefügte Regelung sollte nach den Gesetzesmaterialien ([BT-Drucksache 17/13947, Seite 38](#)) es den Vertragsparteien auf Bundesebene ermöglichen, die Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Krankenkassen effektiver und konsensorientierter zu gestalten. Unter anderem sollte durch eine Verständigung zur Dauer der Prüfung eine Beschleunigung des Prüfverfahrens erreicht werden.

Auf der Grundlage dieser Vorschrift vereinbarten der GKV-Spitzenverband und die DKG am 04.08.2014 das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) in der PrüfvV.

Nach § 3 Satz 1 PrüfvV hat die Krankenkasse die von dem Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und Korrektheit deren Abrechnung näher zu prüfen.

Erkennt die Krankenkasse bei der Prüfung nach § 3 Auffälligkeiten, die es erforderlich machen, eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit deren Abrechnung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus nach § 4 PrüfvV die Auffälligkeiten innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der nach § 3 übermittelten Daten und entsprechenden

Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen, und hierzu mindestens die Art der Prüfung wie folgt zu bestimmen: • eine Teilprüfung der Abrechnung (bestimmte Diagnosen, bestimmte Prozeduren etc.), • eine Vollprüfung der Abrechnung (alle abrechnungsrelevanten Diagnosen/Prozeduren etc.), • eine Fehlbelegungsprüfung oder • Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.). Die Mitteilung muss dem Krankenhaus in dieser Frist zugehen.

Bei dieser in § 4 PrüfvV enthaltenen 6-Wochen-Frist handelt es sich um eine Ausschlussfrist. Hiervon gehen auch die DKG in ihren Umsetzungshinweisen zur PrüfvV (vgl. "Das Krankenhaus 2014, Seite 938") und der GKV-Spitzenverband in seinen Hinweisen zur PrüfvV (vgl. www.gkv-spitzenverband.de, Stichwort "Prüfverfahrensvereinbarung") aus.

Bedarf es aus Sicht der Krankenkasse der direkten Beauftragung des MDK erfolgt nach § 6 Abs. 2 Satz 2 PrüfvV die Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse innerhalb der 6-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#). Nach Satz 3 des § 6 Abs. 2 PrüfvV sind sämtliche hier geregelten Fristen Ausschlussfristen.

Der MDK zeigt nach § 6 Abs. 3 PrüfvV dem Krankenhaus die Einleitung der MDK-Prüfung, einschließlich des Datums seiner Beauftragung, unverzüglich an. In der Prüfanzeige sind die bei der Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4) mitgeteilten Auffälligkeiten gegebenenfalls zu konkretisieren und, sofern in dem Vorverfahren weitere Erkenntnisse gewonnen wurden, zu ergänzen. Eine Beschränkung der MDK-Prüfung auf den Prüfanlass besteht nicht. Eine Erweiterung des Prüfanlasses ist dem Krankenhaus anzuzeigen.

§ 7 PrüfvV enthält nähere Regelungen zur Durchführung der Prüfung. So kann nach § 7 Abs. 2 PrüfvV bei Prüfung im schriftlichen Verfahren der MDK die Übersendung einer Kopie der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb von 4 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln. Erfolgt dies nicht, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag.

Nach § 7 Abs. 5 PrüfvV sind Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen nur einmalig möglich. Diese hat der MDK nur dann in seine Prüfung einzubeziehen, wenn sie innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens nach § 6 Abs. 2 an die Krankenkasse erfolgen. Unabhängig hiervon kann das Krankenhaus bei Erweiterung des Prüfanlasses nach § 6 Abs. 3 Satz 4 eine einmalige Korrektur oder Ergänzung des Datensatzes innerhalb von 5 Monaten nach dieser Erweiterung vornehmen.

Nach § 8 PrüfvV hat die Krankenkasse dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen. Wenn die Leistung nicht in vollem Umfange wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, sind die wesentlichen Gründe darzulegen. Die Mitteilungen nach Satz 1 und 2 haben innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige nach § 6 Abs. 3 zu erfolgen.

Durch die Regelung des § 7 Abs. 5 Sätze 1 und 2 PrüfvV wird die Möglichkeit einer nachträglichen Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus in zweifacher Hinsicht eingeschränkt. Zum einen ist danach nur eine einmalige Korrektur oder Ergänzung einer Krankenhausabrechnung möglich. Zum anderen muss der MDK eine Korrektur oder Ergänzung einer Krankenhausabrechnung nur dann in seine Prüfung einbeziehen, wenn sie innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens an die Krankenkasse erfolgt.

Dies gilt allerdings nur, wenn überhaupt eine Prüfung durch den MDK erfolgt. Dies belegen sowohl der Wortlaut des § 7 Abs. 5 PrüfvV als auch die Gesamtsystematik der PrüfvV, deren Gegenstand gerade die Prüfung einer Krankenhausabrechnung durch den MDK ist.

Wird somit eine Krankenhausabrechnung keiner Prüfung durch den MDK unterzogen, findet die oben dargestellte Rechtsprechung des BSG zur Zulässigkeit einer nachträglichen Rechnungskorrektur auch unter Geltung der PrüfvV weiterhin uneingeschränkt Anwendung.

Auch in Fällen, in denen – wie hier – eine Prüfung durch den MDK erfolgt ist, wird die Rechtsprechung des BSG zur Zulässigkeit einer nachträglichen Rechnungskorrektur durch § 7 Abs. 5 PrüfvV nur insoweit modifiziert, als die Rechnungskorrektur den Gegenstand der MDK-Prüfung betrifft. Bezieht sich also der Prüfanlass auf einen anderen Sachverhalt als die Rechnungskorrektur, findet die Rechtsprechung des BSG weiterhin uneingeschränkt Anwendung. Eine Rechnungskorrektur ist daher in diesen Fällen noch bis zum Ende des auf die Schlussrechnung folgenden Kalenderjahres zulässig. Die in § 7 Abs. 5 PrüfvV enthaltene 5-Monats-Frist findet in diesen Fällen keine Anwendung.

Zu dieser Überzeugung gelangt die Kammer aufgrund des Gesamtzusammenhangs der Regelungen in der PrüfvV.

Hält eine Krankenkasse eine Prüfung einer Krankenhausabrechnung durch den MDK für erforderlich, hat sie nach § 4 PrüfvV zumindest die Art der Prüfung zu bestimmen. In Anlehnung an § 17c Abs. 1 KHG hat sie hierbei die Wahlmöglichkeit zwischen einer Teilprüfung der Abrechnung, einer Vollprüfung der Abrechnung und einer Fehlbelegungsprüfung. Neben den von ihr festgestellten Auffälligkeiten hat die Krankenkasse auch die Art der Prüfung dem Krankenhaus nach § 4 Satz 2 PrüfvV mitzuteilen.

Daneben teilt die Krankenkasse in ihrem Prüfauftrag an den MDK diesem den Anlass der Prüfung mit und bestimmt damit zugleich Art und Umfang der von ihr in Auftrag gegebenen Prüfung. Entsprechend diesem Auftrag hat der MDK dann "seine Prüfung" durchzuführen. Hierbei hat er entsprechend § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV Korrekturen und Ergänzungen nur dann in seine Prüfung einzubeziehen, wenn sie innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens nach § 6 Abs. 2 an die Krankenkasse erfolgen. Aus dem Zusammenspiel zwischen der Bestimmung der Art der Prüfung durch die Krankenkasse, dem darauf beruhenden "bestimmten" Prüfauftrag an den MDK und dem auftragsgemäß durchgeführten Prüfverfahren ergibt sich für die Kammer, dass die 5-Monats-Frist des § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV nur für die beim MDK in Auftrag gegebene Prüfungsart gilt. Nur innerhalb dieses konkret in Auftrag gegebenen Prüfungsverfahrens ist der MDK berechtigt, nach Ablauf der 5-Monats-Frist Korrekturen oder Ergänzungen zurückzuweisen. Werden jedoch innerhalb der 5-Monats-Frist zu dem ihm erteilten konkreten Prüfauftrag vom Krankenhausträger Korrekturen oder Ergänzungen der ursprünglichen Krankenhausabrechnung vorgelegt, sind diese vom MDK zu berücksichtigen. Dies gilt auch dann, wenn der MDK bereits innerhalb der 5-Monats-Frist seine Prüfung abgeschlossen und gegenüber der beauftragten Krankenkasse seine gutachterliche Stellungnahme abgegeben hat. Für die gegenteilige Auffassung in den Hinweisen des GKV-Spitzenverbandes, nach Abschluss der MDK-Begutachtung könnten später

eingehende Korrekturen/Ergänzungen nicht mehr berücksichtigt werden, findet sich im Wortlaut des § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV keine Grundlage. Vorliegend hat die Beklagte gegenüber der Klägerin in ihrem Schreiben vom 19.02.2015 als Art der Prüfung eine Fehlbelegungsprüfung bestimmt. Diesem Auftrag entsprechend hat sich die von Dr ... vom MDK durchgeführte Prüfung allein mit der Frage befasst, ob der stationäre Krankenhausaufenthalt des L. über die gesamte Dauer notwendig war oder ob der stationäre Krankenhausaufenthalt hätte verkürzt werden können. Mit der Frage, ob die Krankenhausbehandlung des L. zutreffend kodiert wurde, hat sich das Gutachten der Dr ... vom MDK aufgrund des konkret bestimmten Prüfauftrags ("Fehlbelegungsprüfung") nicht befasst. Die Erstellung der Rechnung vom 28.10.2015 durch die Klägerin beruhte jedoch auf einer von ihr festgestellten Fehlkodierung, stand also in keinem Bezug zu der beim MDK in Auftrag gegebenen Fehlbelegungsprüfung. Der Prüfanlass bezog sich somit auf einen anderen Sachverhalt als die hier vorgenommene Rechnungskorrektur. In diesen Fällen findet § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV keine Anwendung. Hieran vermag die Regelung in § 6 Abs. 3 Sätze 3 und 4 PrüfvV nichts zu ändern. Danach besteht zwar eine Beschränkung der MDK-Prüfung auf den Prüfanlass nicht. Vielmehr ist eine Erweiterung des Prüfanlasses zulässig, dann jedoch dem Krankenhaus anzuzeigen. Wie sich jedoch aus § 7 Abs. 5 Satz 3 PrüfvV ergibt, beginnt in diesen Fällen eine erneute 5-Monats-Frist zu laufen. Dies belegt die Richtigkeit der hier vertretenen Auffassung, dass die 5-Monats-Frist sich nur auf den jeweiligen Prüfanlass und damit auf die jeweils durchgeführte Art der Prüfung bezieht. Die Beklagte weist zwar zutreffend darauf hin, dass Sinn und Zweck der PrüfvV unter anderem die Beschleunigung des Prüfverfahrens war. Dies ergibt sich – wie dargelegt – bereits aus den Gesetzesmaterialien zu § 17c Abs. 2 KHG. Allerdings gilt dieses Beschleunigungsgebot nach Auffassung der Kammer nur jeweils im Rahmen der konkret durchgeführten Prüfung, also innerhalb des jeweiligen Prüfanlasses.

Die Klägerin durfte somit hier ihre ursprüngliche Rechnung vom 12.02.2015 korrigieren und durch die Rechnung vom 28.10.2015 ersetzen.

Einwände gegen die Richtigkeit dieser Rechnung, insbesondere gegen die Richtigkeit des Ansatzes der DRG T01C wurden von der Beklagten nicht erhoben. Mit der Erhebung etwaiger Einwände gegen die Richtigkeit dieser Rechnung ist die Beklagte nunmehr ausgeschlossen. Sowohl aus [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) als auch aus § 6 Abs. 2 Satz 2 PrüfvV ist zu ersehen, dass Einwände gegen die Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung nur innerhalb einer sechswöchigen Frist ab Eingang der Abrechnung erhoben werden können. Diese Frist ist hier inzwischen bei weitem abgelaufen.

Damit besteht der von der Klägerin geltend gemachte Vergütungsanspruch in streitgegenständlicher Höhe.

Aufgrund des damit gegebenen Vergütungsanspruchs besteht ab dem 06.11.2015 der geltend gemachte Zinsanspruch in begehrter Höhe, der sich aus § 19 Abs. 3 des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) ergibt (vgl. allgemein zu den Verzugszinsen BSG, Urteil vom 15.11.2007 - [B 3 KR 1/07 R](#) - juris -).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung, da weder Klägerin noch Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-01-19