

## L 8 KR 221/23

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Kassel (HES)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
1. Instanz  
SG Kassel (HES)  
Aktenzeichen  
S 14 KR 352/22  
Datum  
13.07.2023  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 8 KR 221/23  
Datum  
03.04.2025  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 13/25 R  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Bei Abrechnungsprüfungen, die bis zum 31. März 2020 gegenüber dem Krankenhaus eingeleitet und noch nicht abgeschlossen wurden, kann bei Bedarf eine unkomplizierte Wandlung von Vor-Ort-Begehungen in Prüfungen nach Aktenlage erfolgen.

Die 6-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) a.F. betrifft ausschließlich die Frist zur Einleitung und Anzeige der beabsichtigten Abrechnungsprüfung gegenüber dem Krankenhaus (also das „Ob“ einer Prüfung), während die konkrete Durchführung der Abrechnungsprüfung (das „Wie“) sich allein nach den Regelungen der PrüfvV 2016 richtet.

Zur Präklusion nicht vorgelegter Unterlagen nach § 7 Abs. 2 PrüfvV 2016.

Die von § 8 Satz 1 PrüfvV 2016 geforderte Mitteilung des Erstattungsanspruchs setzt eine Bezifferung des Erstattungsanspruchs, nicht aber die Mitteilung der sich ergebenden DRG voraus.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 13. Juli 2023 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Revision wird zugelassen.

### Tatbestand

Die Beteiligten streiten um einen Krankenhausvergütungsanspruch.

Im Krankenhaus der Klägerin wurde vom 2. April 2019 bis zum 12. Juni 2019 der bei der Beklagten versicherte Patient D. behandelt. Der Patient wurde am 2. April 2019 im Krankenhaus der Klägerin geboren. Die Klägerin stellte den Fall in Höhe von 69.657,07 € in Rechnung und legte die Fallpauschale P04A zugrunde (Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes; Rechnung vom 29. Juli 2019). Als Hauptdiagnose verschlüsselte sie P07.3 (Sonstige vor dem Termin Geborene), einige Nebendiagnosen und unter anderem die Prozeduren 8-714.02 (Spezialverfahren zur maschinellen Beatmung bei schwerem Atemversagen. Dauer der Behandlung 96 oder mehr Stunden), 8-701 (Einfache endotracheale Intubation), 8-711.20 (Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen. Assistierte Beatmung. Bei Neugeborenen <1. bis 28. Lebenstag>) sowie zweimal 5-460.40 (Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff. Deszendostoma. Offen Chirurgisch).

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst, beauftragte aber den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung des Falles. Der MDK zeigte dem Krankenhaus an, dass er den Fall im Hinblick auf die mit der Beatmung und dem Anlegen des Enterostomas assoziierten Prozedurcodes sowie die Erforderlichkeit der Prozedur 8-714.02 im Wege einer Begehung prüfen werde (Prüfanzeige vom 16. August 2019; Eingang bei der Klägerin am 19. August 2019).

Knapp acht Monate später - am 7. April 2020 - forderte der MDK näher bezeichnete Unterlagen von der Klägerin für die bereits benannten Prüfgegenstände mit folgendem Text an:

„Ist die DRG korrekt? Unterfrage: Kodierauffälligkeit Ist / sind die Prozedur(en) korrekt? Unterfrage: Liegt die med. Indikation zur durchgeführten Leistung gem. OPS 8-714.02 vor? Prüfgegenstand: Kodierprüfung Zu prüfende Prozeduren:

8-701; 8-711.20; 8-714.02; 5-460.40; 5-460.40

Wir bitten deshalb um Übersendung folgender Unterlagen in Kopie:

01. Krankenhausentlassbericht (Arztbrief)
02. OP-Berichte) und Anästhesieprotokoll(e)/Interventionsbericht(e)
03. Pflegebericht
04. Fieberkurve/Tageskurve
05. Laborwerte

Weitere aus Sicht des Krankenhauses zur Erfüllung des Prüfauftrags nötige Unterlagen“

Die Klägerin reagierte auf diese Aufforderung nicht, worauf der MDK den Gutachtensauftrag am 20. Oktober 2020 wegen nichteingereichter Unterlagen an die Beklagte zurückgab. Diese unterrichtete die Klägerin mit elektronischer Nachricht vom 6. November 2020, dass aufgrund der fehlenden Mitwirkung ein Anspruch nur in Höhe des unstreitigen Rechnungsbetrages bestehe, bezeichnete die Prozedurcodes aus der Prüfanzeige (8-701, 8-714.02, 8-711.20, 5-460.40) als strittige Punkte und teilte einen Erstattungsanspruch in Höhe von 14.756,45 € mit. Nachfolgend setzte die Beklagte am 15. Dezember 2020 den Erstattungsanspruch in Höhe von 14.756,45 € im Wege der Verrechnung von Forderungen der Klägerin in anderen, unstreitigen Behandlungsfällen ab.

Die Klägerin hat am 4. November 2022 Klage auf Zahlung von 14.756,45 € nebst Zinsen erhoben und vorgetragen, dass ein Erstattungsanspruch aufgrund der Ausschlussfrist in § 8 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) vom 3. Februar 2016 (im Folgenden: PrüfV 2016) nicht bestehe und die Aufrechnung formell mangels ordnungsgemäßer Leistungsentscheidung unwirksam sei. Maßgeblich sei die im Oktober 2020 abgelaufene Ausschlussfrist von 14 Monaten, weil es sich um eine Prüfung nach Begehung gehandelt habe. Zu einer Prüfung im schriftlichen Verfahren habe nach Ablauf der Prüffrist von 6 Wochen nicht mehr gewechselt werden dürfen, sodass die zweite Prüfanzeige und Unterlagenanforderung unbeachtlich seien. Außerdem sei die Leistungsentscheidung unzureichend, weil die wesentlichen Gründe nicht mitgeteilt worden seien, insbesondere nicht die maßgebliche Fallpauschale.

Mit Urteil vom 13. Juli 2023 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch der Klägerin im unstreitigen Fall seien die Vorschriften der [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. § 7 KHEntG und § 17b KHG i. V. m. mit der maßgeblichen Fallpauschalenvereinbarung, Rechtsgrundlage für die Verrechnung [§ 69 SGB V](#) i. V. m. mit den Vorschriften des bürgerlichen Rechts. Die vom Medizinischen Dienst angeforderten Unterlagen seien präkludiert. Nach § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 in der Fassung der Übergangsvereinbarung vom 10. Dezember 2019 in der Fassung der Ergänzungsvereinbarung vom 2. April 2020, dort Art. 2 Nummer 2, gelte eine Frist von 28 Wochen für die Übermittlung der Unterlagen. Die Frist habe am 7. April 2020 zu laufen begonnen und am 20. Oktober 2020 geendet, ohne dass Unterlagen beim MDK eingegangen seien. Entgegen der Auffassung der Klägerin sei die Frist nach § 7 Abs. 5 PrüfV i. V. m. Art. 2 Nummer 2 Ergänzungsvereinbarung maßgeblich, weil ein Wechsel der „Prüfart“ (Begehung bzw. schriftliches Verfahren) innerhalb der Ausschlussfrist jedenfalls nach Art. 2 Nummer 1 der Ergänzungsvereinbarung ohne weiteres möglich sei. Soweit das BSG ([B 1 KR 32/20 R](#), Rn. 15) ausgeführt habe, dass ein Wechsel innerhalb der Frist des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) möglich sei, könne daraus nicht gefolgert werden, dass der Wechsel nach Ablauf der Frist ausgeschlossen sei. Jedenfalls die Ergänzungsvereinbarung erlaube einen Wechsel der Durchführung der Prüfart. Dies sei auch mit höherrangigem Recht vereinbar. Insbesondere ergebe sich aus § 17c Abs. 2 KHG nicht, dass die Durchführung der Prüfung im Prüfverfahren nicht geändert werden könne. Ebenso wenig enthalte [§ 275c Abs. 1c SGB V](#) ein Gebot, eine bestimmte Art der Durchführung der Prüfung mit bindender Wirkung innerhalb von 6 Wochen mitzuteilen. Vor dem Hintergrund der aufkommenden Pandemie sei es zumutbar gewesen, in nicht abgeschlossenen Prüfverfahren einen Wechsel der Durchführung der Prüfung zu erlauben. Durch die großzügigen Fristen für die Vorlage der Unterlagen sei den Interessen der Krankenhäuser hinreichend Rechnung getragen worden. Die Präklusion erstrecke sich auch auf weitere offensichtlich erforderliche, aber nicht angeforderte Unterlagen (§ 7 Abs. 2 Satz 3 und Satz 5 PrüfV 2016). Angesichts dessen sei es unmöglich, die Erforderlichkeit der Beatmung und die Richtigkeit und Erforderlichkeit der mit der Beatmung assoziierten OPS nachzuweisen und die Korrektheit der die Enterostomaverlegung abbildenden Codes zu belegen. Die Leistungsentscheidung sei hinreichend konkret, weil sie den Erstattungsbetrag beziffere und die wesentlichen Gründe, nämlich die Streichung der strittigen OPS-Codes aufgrund nicht vorgelegter Unterlagen, benenne. Die Leistungsentscheidung sei auch fristgerecht innerhalb der nach Art. 2 Nummer 2 Satz 2 i. V. m. Art. 2 Nummer 4 Ergänzungsvereinbarung gesetzten Frist von 16 Monaten, gerechnet vom Eingang der ersten Prüfanzeige am 19. August 2019, erfolgt.

Gegen das am 21. Juli 2023 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 8. August 2023 Berufung eingelegt.

Die Klägerin macht geltend, entgegen der Entscheidung des Sozialgerichts sei dem Krankenhaus innerhalb der sechswöchigen Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) a. F. abschließend mitzuteilen, ob die Prüfung vor Ort oder im schriftlichen Verfahren erfolge. Der Regelungszweck gebiete es, dass das Krankenhaus innerhalb der Ausschlussfrist nicht nur Kenntnis darüber erhalte, dass und was geprüft werde, sondern auch das wie (vor Ort oder im schriftlichen Verfahren). Art. 2 Nr. 1 der Ergänzungsvereinbarung enthalte keine hinreichend bestimmte Abbedingung von [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) a. F. Das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen (LSG NRW, Urteil vom 18. Oktober 2023 - [L 10 KR 226/22 KH](#)) habe damit im Einklang entschieden, dass die Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) a. F. auch bei einem Wechsel des Prüfverfahrens vom Begehungsverfahren in das schriftliche Verfahren Anwendung finde. Vorliegend habe der MDK der Klägerin einen Wechsel der Prüffart von der zunächst eingeleiteten Prüfung vor Ort in eine Prüfung im schriftlichen Verfahren aber auch nicht mit hinreichender Deutlichkeit angezeigt. Aus der Prüfanzeige vom 6. April 2020 ergebe sich nicht, dass dieser bereits eine Prüfanzeige vorangegangen sei. Sie weise keinerlei Hinweis auf die oder Bezug zu der Prüfanzeige vom 16. August 2019 auf, so dass es sich aus Sicht der Klägerin um eine erstmalige Prüfanzeige gehandelt habe, die evident verspätet, nämlich nach Ablauf der sechswöchigen Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) a. F., erfolgt sei. Es könne auch nicht davon ausgegangen werden, dass sämtliche zur Begründung des Vergütungsanspruchs der Klägerin erforderlichen Unterlagen präkludiert seien. Der MDK habe „OP-Bericht(e) und Anästhesieprotokoll(e) / Interventionsbericht(e)“ bei der Klägerin angefordert. In Anbetracht des Umstands, dass insgesamt vier OPS prüfgegenständlich gewesen seien, darunter drei nicht-operative therapeutische Maßnahmen, sei diese Unterlagenanforderung nicht hinreichend konkret gewesen, um eine Obliegenheit der Klägerin zur Unterlagenübermittlung nach § 7 Abs. 2 Satz 2 PrüfV 2016 auslösen zu können. Die Abrechnung der Beklagten vom 6. November 2020 sei auch keine ordnungsgemäße Mitteilung im Sinne von § 8 PrüfV 2016. Denn darin werde nicht benannt, mit welcher DRG der Fall nach Ansicht der Beklagten abzurechnen sei. Das sei nach der Rechtsprechung des BSG jedoch erforderlich. Entgegen der Entscheidung des Sozialgerichts habe die Beklagte die Aufrechnung nicht wirksam erklärt. Sie habe gegen das gesetzliche Aufrechnungsverbot in [§ 109 Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) verstoßen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Kassel vom 13. Juli 2023 - [S 14 KR 352/22](#) - zu verurteilen, an die Klägerin 14.756,45 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 16. Dezember 2020 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,  
die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die Entscheidung des Sozialgerichts. Entgegen den Ausführungen der Klägerin sei die Frist von 16 Monaten zur Erstellung des abschließenden Leistungsbescheides nach der Ergänzungsvereinbarung einschlägig. Diese erlaube für bereits eingeleitete MDK-Prüfungen bei Bedarf eine unkomplizierte Wandlung von Vor-Ort-Begehungen in Prüfungen nach Aktenlage. Die Übermittlung der leistungsrechtlichen Entscheidung am 5. November 2020 sei hinreichend bestimmt gewesen, denn sie habe den Forderungsbetrag exakt beziffert und die wesentlichen Gründe, nämlich die Streichung des strittigen OPS-Kodes aufgrund nicht vorgelegter Unterlagen im Sinne von § 7 Abs. 2 PrüfV, benannt.

Auf Anforderung des Senats hat die Beklagte eine Stellungnahme ihres Abrechnungsdienstleisters vorgelegt, der mitgeteilt hat, die Streichung der Prozeduren: 8-701; 8-711.20; 8-714.02; 5-460.40; 5-460.40 führe dazu, dass statt der DRG P04A (Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 -1999 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes) die DRG P04B (Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes) angesteuert werde, woraus sich die Differenz von 14.756,45 € ergebe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der elektronischen Gerichts- und Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, Bezug genommen.

#### Entscheidungsgründe

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, hat aber in der Sache keinen Erfolg. Das Urteil des Sozialgerichts ist zu bestätigen.

Hinsichtlich der Rechtsgrundlagen des streitigen Krankenhausvergütungsanspruchs und der Zulässigkeit einer Aufrechnung der Beklagten mit anderen Vergütungsansprüchen der Klägerin wird auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts Bezug genommen und von einer weiteren Begründung abgesehen ([§ 153 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG –).

Die Klägerin hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung weiterer Krankenhausvergütung in Höhe von 14.756,45 €. Ihr Vergütungsanspruch ist erloschen, weil der Beklagten aus dem streitigen Behandlungsfall ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Höhe der Klageforderung zustand, den sie zulässig im Wege der Aufrechnung mit anderen, unstreitigen Forderungen der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen geltend gemacht hat. Das gesetzliche Aufrechnungsverbot in [§ 109 Absatz 6 Satz 1 SGB V](#), auf welches die Klägerin verweist, gilt erst für Forderungen von Krankenhäusern aufgrund der Versorgung von ab dem 1. Januar 2020 aufgenommenen Patienten, während hier die Versorgung im Jahr 2019 stattfand.

Dem geltend gemachten Vergütungsanspruch der Klägerin steht entgegen, dass die Voraussetzungen der Fallpauschale P04A (Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 -1999 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes) nicht zur Überzeugung des Senats nachgewiesen sind. Denn diese Fallpauschale wird im DRG-System nur angesteuert, wenn im Behandlungsfall die Prozeduren 8-714.02 (Spezialverfahren zur maschinellen Beatmung bei schwerem Atemversagen. Dauer der Behandlung 96 oder mehr Stunden), 8-701 (Einfache endotracheale Intubation), 8-711.20 (Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen. Assistierte Beatmung. Bei Neugeborenen <1. bis 28. Lebenstag>) sowie 5-460.40 (Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff. Deszendostoma. Offen Chirurgisch) zur Anwendung kommen.

Die insoweit zum Beweis geeigneten Unterlagen, wie sie der MDK von der Klägerin am 7. April 2020 angefordert hatte, und etwaige weitere Unterlagen aus der Patientenakte, welche den Anspruch stützen könnten, sind jedoch zu Lasten der Klägerin präkludiert. Damit sind, wie sich aus der von der Beklagten vorgelegten DRG-Berechnung ergibt, lediglich die Voraussetzungen der DRG P04B erfüllt (Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes) mit einem in Höhe von 14.756,45 € geringeren Vergütungsanspruch.

Dies ergibt sich aus § 7 Abs. 2 S. 2 bis 9 der für Behandlungsfälle ab dem 1. Januar 2019 geltenden PrüfV 2016 (vgl. § 13 Abs. 1 PrüfV 2016 i.V.m. Art. 1 Satz 1 der Übergangsvereinbarung zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) gemäß § 17c Abs. 2 KHG vom 10. Dezember 2019). Die Regelung bestimmt:

„Bei einer Prüfung im schriftlichen Verfahren kann der MDK die Übersendung von Kopien der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. Dabei kann sowohl der MDK die angeforderten Unterlagen konkret benennen als auch das Krankenhaus die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen ergänzen. Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb von 8 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln. Die vom MDK angeforderten und gegebenenfalls vom Krankenhaus ergänzten Unterlagen müssen dem MDK innerhalb der Frist des Satzes 4 zugegangen sein. Sind die Unterlagen dem MDK nicht fristgerecht zugegangen, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag. Liefert das Krankenhaus die erforderlichen Unterlagen innerhalb von weiteren 6 Wochen nach, wird das Prüfverfahren fortgesetzt, sofern das Krankenhaus vor der Nachlieferung die Krankenkasse informiert und für die Fortsetzung des Prüfverfahrens eine Pauschale in Höhe von 300 Euro an die Krankenkasse entrichtet hat. Nach Ablauf der Frist von Satz 7 ist eine Übersendung von Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen. Ein Anspruch auf den dann noch strittigen Rechnungsbetrag besteht nicht.“

Die Vorschriften der PrüfV 2016 sind auf den vorliegenden Behandlungsfall anwendbar, weil der Versicherte am 2. April 2019 (dem Tag seiner Geburt) in das Krankenhaus der Klägerin aufgenommen worden war und der MDK eine Prüfung im schriftlichen Verfahren vornahm. Entgegen der Auffassung der Klägerin steht dem nicht entgegen, dass der MDK mit der Prüfanzeige vom 16. August 2019 zunächst eine Prüfung durch Begehung angekündigt hatte. Denn Art. 2 Nr. 1 der Ergänzungsvereinbarung zur Übergangsvereinbarung vom 10. November 2019 zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) gemäß § 17c Abs. 2 KHG vom 3. Februar 2016 zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V. vom 2. April 2020 (im Folgenden: Ergänzungsvereinbarung 2020) bestimmt, dass für Abrechnungsprüfungen, die bis zum 31. März 2020 gegenüber dem Krankenhaus eingeleitet und noch nicht abgeschlossen wurden - unabhängig davon, ob es sich um eine Überprüfung bei Patienten handelt, die bis einschließlich 31. Dezember 2019 oder ab dem 1. Januar 2020 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden -, bei Bedarf eine unkomplizierte Wandlung von Vor-Ort-Begehungen in Prüfungen nach Aktenlage erfolgen kann. Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Das Prüfverfahren wurde im August 2019 eingeleitet und war zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Ergänzungsvereinbarung PrüfV 2016 am 1. April 2020 (vgl. Art. 5 Ergänzungsvereinbarung 2020) noch nicht abgeschlossen. Dass ein Bedürfnis für einen solchen Übergang in das schriftliche Verfahren an Stelle einer Vor-Ort-Prüfung bestand, bedarf angesichts der damals vorliegenden, gerade begonnenen epidemischen Lage von nationaler Tragweite mit umfangreichen Kontaktbeschränkungen und strikten Zugangsregelungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen keiner näheren Darlegung (so zutreffend Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 25. April 2024 - [L 5 KR 517/22 KH](#) -, Rn. 36, juris).

Soweit die Klägerin die Auffassung vertritt, eine vom MDK angekündigte Abrechnungsprüfung durch Begehung und eine Abrechnungsprüfung im schriftlichen Verfahren seien im Sinne von [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) als zwei unterschiedliche Prüfformen anzusehen mit der Folge, dass ein Wechsel der Prüfform (statt Begehung Prüfung im schriftlichen Verfahren) nur innerhalb der 6-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 a.F. möglich sei, folgt der Senat dem nicht. Denn [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) a.F. trifft überhaupt keine Aussage zum Prüfverfahren. Die Vorschrift bestimmt lediglich, dass die „Prüfung“ spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen ist. Ansonsten ist, wie § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG bestimmt, das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) a.F. zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zu regeln. Die danach zu treffenden Vereinbarungen umfassen auch den Prüfungsort (§ 17c Abs. 2 Satz 2 KHG). Diesem Regelungsauftrag sind die Vertragspartner in der PrüfV nachgekommen. Hinsichtlich der Einleitung der Abrechnungsprüfung regelt zunächst § 4 PrüfV 2016 Näheres zur Information des Krankenhauses durch die Krankenkasse über die beabsichtigte Prüfung und den Prüfgegenstand innerhalb der gesetzlichen 6-Wochen-Frist. Für den Fall, dass die Krankenkasse - wie hier - kein Vorverfahren nach § 5 PrüfV 2016 durchführt, sondern den MDK direkt beauftragt (§ 6 Abs. 1 Buchstabe d PrüfV 2016), bestimmt § 6 Abs. 3 PrüfV 2016, dass der MDK dem Krankenhaus die Einleitung der MDK-Prüfung, einschließlich des Datums seiner Beauftragung, unverzüglich anzuzeigen hat (Satz 1); diese Anzeige muss dem Krankenhaus innerhalb von 2 Wochen zugegangen sein (Satz 2). In Bezug auf die Durchführung der Prüfung bestimmt sodann § 7 Abs. 1 PrüfV 2016, dass die Prüfung entweder vor Ort oder im schriftlichen Verfahren erfolgt. Für die Prüfung vor Ort verweist die PrüfV 2016 auf die gesetzliche Bestimmung des [§ 276 Abs. 4 SGB V](#), während für die Prüfung im schriftlichen Verfahren (nach Aktenlage) § 7 Abs. 2 ff. PrüfV 2016 im Einzelnen das insoweit zu beachtende Prozedere festlegt.

Angesichts dessen kann der Senat dem LSG Nordrhein-Westfalen (Urteil vom 18. Oktober 2023 - [L 10 KR 226/22 KH](#), juris) nicht folgen, das [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) a.F. die Möglichkeit des Wechsels des Prüfverfahrens auf die 6-Wochen-Frist begrenzt. Vielmehr betrifft die 6-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) a.F. sowohl nach ihrem Wortlaut als auch nach dem systematischen Zusammenhang ausschließlich die Frist zur Einleitung und Anzeige der beabsichtigten Abrechnungsprüfung gegenüber dem Krankenhaus (also das „Ob“ einer Prüfung), während die konkrete Durchführung der Abrechnungsprüfung (das „Wie“) sich allein nach den Regelungen der PrüfV 2016 richtet. Die Anzeige der beabsichtigten Prüfung innerhalb der 6-Wochen-Frist erfüllt gegenüber dem Krankenhaus eine Hinweis- und Warnfunktion, dass es noch mit einer Überprüfung des Behandlungsfalles zu rechnen hat. Ist dieser Hinweis aber erfolgt, so ist die Frage, ob die Prüfung vor Ort oder im schriftlichen Verfahren erfolgt, allein im Hinblick auf die daran anknüpfenden Regelungen der PrüfV, insbesondere also die dort normierten Prüffristen und daran anknüpfende Präklusionsregelungen, von Bedeutung. Zeitliche Grenzen der Abrechnungsprüfung - gleich ob sie durch Begehung oder im schriftlichen Verfahren erfolgt - ergeben sich dann lediglich aus § 8 PrüfV, wonach die Krankenkasse dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch innerhalb von 11 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige mitzuteilen hat.

Die vom LSG Nordrhein-Westfalen für seine Auffassung zitierte Fundstelle des Bundessozialgerichts (BSG) führt zu keinem anderen Ergebnis. In dem vom BSG entschiedenen Fall ging es um die Anforderungen der PrüfV an eine Abrechnungsprüfung im schriftlichen Verfahren, nachdem der MDK zunächst eine Begehung angekündigt hatte. Hierzu stellte das BSG fest, dass weder dem SGB V noch der PrüfV zu entnehmen sei, dass ein Wechsel des Prüfverfahrens unzulässig sei (vgl. BSG, Urteil vom 18. Mai 2021 - [B 1 KR 32/20 R](#) -, Rn. 15). Soweit es in diesem Zusammenhang ausführt, der MDK habe zwar zunächst eine Prüfung vor Ort eingeleitet, dann aber „innerhalb der 6-Wochen-Frist nach [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) auf das schriftliche Verfahren gewechselt“, entnimmt der Senat dem nicht, dass ein solcher Wechsel nur innerhalb der 6-Wochen-Frist zulässig ist. Dies war im konkreten Fall nicht entscheidungserheblich; zudem wäre, wenn das BSG einen solchen - vom Wortlaut der Vorschrift abweichenden - Rechtssatz hätte aufstellen wollen, eine eingehende Begründung zu erwarten gewesen.

Ebenso wenig führt die Argumentation der Klägerin weiter, die Notwendigkeit einer Mitteilung der vorgesehenen Prüfmethode (vor Ort oder schriftlich) innerhalb der 6-Wochen-Frist sei erforderlich wegen der unterschiedlichen Rechtsfolgen, welche an das jeweilige Prüfverfahren anknüpfen, da bei der Prüfung vor Ort das Krankenhaus die Einsichtnahme in die Unterlagen durch den MDK lediglich dulden müsse und es ansonsten keinerlei weitere Mitwirkungspflichten träfen, während bei der Prüfung im schriftlichen Verfahren die Nichtvorlage entscheidungserheblicher Unterlagen Präklusionsfolgen zulasten des Krankenhauses auslöse (BSG, Urteil vom 18. Mai 2021, [B 1 KR 24/20 R](#); vom 10. November 2021, [B 1 KR 16/21 R](#), jeweils in juris). Diese Argumentation übersieht, dass sich die angesprochenen Präklusionsregelungen nicht aus [§ 275 Abs. 1c SGB V](#), sondern allein aus der PrüfV 2016 und damit der normenvertraglichen Vereinbarung der Vertragspartner der PrüfV ergeben. Daher geht auch die Argumentation ins Leere, die Regelung in Art. 2 Nr. 1 Ergänzungsvereinbarung 2020 beinhalte keine ausdrückliche Abbedingung der 6-Wochen-Frist aus [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#). Denn [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) bezieht sich - wie dargelegt - überhaupt nicht auf das Prüfverfahren, sondern regelt allein die Frist zur Anzeige der beabsichtigten Prüfung.

Der somit rechtmäßig erfolgte Übergang zur Prüfung nach Aktenlage führt zur Anwendbarkeit der Präklusionsregelungen der PrüfV 2016. Denn es gibt keine Anhaltspunkte, dass die Vertragsparteien der Ergänzungsvereinbarung 2020 beabsichtigt hätten, für solche Übergangsfälle die Präklusionsregeln der PrüfV 2016 außer Kraft zu setzen (so zutreffend Landessozialgericht für das Land Nordrhein-

Westfalen, Urteil vom 25. April 2024 – [L 5 KR 517/22 KH](#) –, Rn. 34, juris).

Die Klägerin kann auch nicht mit dem Argument durchdringen, es fehle an einer ausreichend deutlichen Anzeige seitens des MDK, dass ein Wechsel der Prüfmethode vorgenommen werde. Die Forderung, bei einer angekündigten Prüfung vor Ort müsse bei einem Wechsel ins schriftliche Verfahren dem Krankenhaus dies durch eine ausdrückliche Formulierung hinreichend verdeutlicht werden, findet weder in den Vorschriften der PrüfV 2016 noch in der Ergänzungsvereinbarung 2020 eine Stütze. Insbesondere die Formulierung in Art. 2 Nr. 1 Ergänzungsvereinbarung 2020, wonach bei bereits eingeleiteten MDK-Prüfungen bei Bedarf eine „unkomplizierte“ Wandlung von Vor-Ort-Begehungen in Prüfungen nach Aktenlage erfolgen könne, zeigt deutlich, dass eine solche Umwandlung in der Situation der sich ausbreitenden Pandemie nicht an zusätzliche formale Bedingungen geknüpft werden sollte. Daher bestand keine Notwendigkeit, der Klägerin noch einmal ausdrücklich mitzuteilen, dass es sich um eine Änderung der Prüfmethode handele, was sie durch einen kurzen Blick in ihre Akte hätte feststellen können. Es handelte sich auch nicht um einen Fall, in dem aufgrund der Verfahrensverläufe Unsicherheit über die beabsichtigte Prüfmethode bestehen konnte (zu einem solchen Fall Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 27. April 2023 – [L 1 KR 63/22 D](#) –, juris Rn. 34).

Die Berücksichtigung der von der Klägerin dem MDK nicht vorgelegten Unterlagen ist daher ausgeschlossen, weil diese präkludiert sind. § 7 Abs. 2 PrüfV 2016 begrenzt den Anspruch des Krankenhauses bei nicht rechtzeitiger Übermittlung der Unterlagen auf den unstrittigen Rechnungsbetrag (Satz 6) insoweit, als der MDK diese zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt (Satz 2) bzw. diese aus Sicht des Krankenhauses zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlich sind (Satz 3). Ausgeschlossen sind zunächst die Unterlagen, die der MDK in seiner Anforderung zumindest ihrer Art nach konkret bezeichnet hat. Darüber hinaus trifft das Krankenhaus aber gemäß § 7 Abs. 2 S. 3 PrüfV 2016 auch eine Obliegenheit, akzessorisch zu der Unterlagenanforderung des MDK die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrags erforderlichen, weiteren Unterlagen zu übersenden. Auch auf diese Obliegenheit kann sich die materielle Präklusion erstrecken (vgl. dazu BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 16/21 R](#), juris Rn. 17 ff. und 20 ff.). Das Krankenhaus trifft dabei zwar nicht die Verpflichtung, in jedem Einzelfall die gesamte Dokumentation daraufhin durchzusehen, welche Unterlagen möglicherweise noch prüfungsrelevant sein könnten. Mehr als eine kursorische Durchsicht der nicht angeforderten Behandlungsunterlagen daraufhin, ob diese für die Erfüllung des Prüfauftrages ersichtlich relevant sein können, kann dabei vom Krankenhaus regelmäßig nicht erwartet werden. Bei Prüfaufträgen, die punktuell auf einzelne konkrete Fragestellungen beschränkt sind, kann jedoch vom Krankenhaus ggf. auch eine genauere Durchsicht der hierfür in Betracht kommenden Unterlagen verlangt werden (vgl. BSG a.a.O., Rn. 28, 30).

Hier hatte der MDK in seiner Prüfanzeige als zu prüfende Prozeduren: 8-701; 8-711.20; 8-714.02; 5-460.40; 5-460.40 angegeben und um Übersendung des Krankenhausentlassungsberichts (Arztbrief), der OP-Berichte und Anästhesieprotokoll(e)/Interventionsbericht(e), Pflegeberichte, Fieberkurve/ Tageskurve, Laborwerte sowie „weitere aus Sicht des Krankenhauses zur Erfüllung des Prüfauftrags nötige Unterlagen“ gebeten. Damit waren die vom Krankenhaus der Klägerin vorzulegenden Unterlagen hinreichend konkret bezeichnet. Das gilt insbesondere für die Vorlage der Unterlagen über die Beatmung des Patienten. Denn die Prüfanzeige benannte drei Prozeduren aus dem Bereich der Beatmung: 8-714.02 (Spezialverfahren zur maschinellen Beatmung bei schwerem Atemversagen. Dauer der Behandlung 96 oder mehr Stunden), 8-701 (Einfache endotracheale Intubation), 8-711.20 (Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen. Assistierte Beatmung. Bei Neugeborenen <1. bis 28. Lebenstag>). Unabhängig von der Frage, ob der Prüfauftrag damit bereits eine ausdrückliche Anforderung der Beatmungsprotokolle vornahm, weil diese aus medizinisch-fachlicher Sicht als „Interventionsberichte“ anzusehen sind, musste sich der Klägerin angesichts des konkreten Fragen, welche sich auf die Beatmung und ihre Dauer bezogen, die Notwendigkeit der Vorlage der Beatmungsprotokolle aufdrängen.

Die Beklagte hat auch die Vorschrift des § 8 PrüfV 2016 beachtet. Danach gilt:

„Die Krankenkasse hat 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 dem Krankenhaus die wesentlichen Gründe darzulegen.“

Die Leistungsentscheidung der Beklagten vom November 2020 genügt diesen Anforderungen. Die von § 8 Satz 1 PrüfV 2016 geforderte Mitteilung des Erstattungsanspruchs setzt eine Bezifferung voraus (BSG, Urteil vom 28. August 2024 – [B 1 KR 33/23 R](#) –, Rn. 23, juris), die vorliegend erfolgt ist. Darüber hinaus benannte die Beklagte gem. § 8 Satz 2 PrüfV 2016 die hierfür maßgeblichen Gründe, nämlich die Streichung der OPS-Kodes aufgrund der vom Krankenhaus nicht vorgelegten Unterlagen. Der Auffassung der Klägerin, darüber hinaus setze eine ausreichende Leistungsentscheidung die Angabe der aus Sicht der Krankenkasse zutreffenden DRG voraus, folgt der Senat nicht. Weder Wortlaut noch Sinn und Zweck von § 8 PrüfV 2016 geben für eine solche regelhafte Pflicht etwas her. Die Pflicht zur Mitteilung der wesentlichen Gründe soll das Krankenhaus in die Lage versetzen zu prüfen, ob es sinnvoll erscheint, sich gegen die Entscheidung der Krankenkasse zur Wehr zu setzen, also z.B. ein Nachverfahren gemäß § 9 PrüfV 2016 vorzuschlagen oder im Fall einer Aufrechnung den Anspruch im Wege der Klage geltend zu machen. Demnach muss sich aus den Gründen insgesamt ausreichend ergeben, woraus überhaupt ein Erstattungsbetrag resultiert (so richtig SG Ulm, Urteil vom 27. Mai 2024 – [S 10 KR 3053/21](#) –, Rn. 61, juris). Hingegen können die professionellen Akteure im Abrechnungswesen der Krankenhäuser die nach Korrektur einschlägige DRG in aller Regel leicht selbst bestimmen. Ob Einzelfälle denkbar sind, in denen dies nicht ausreicht, weil ohne nähere Erläuterungen die Erstattungsforderung nicht nachvollziehbar ist (vgl. den Fall SG Kassel, Urteil vom 21. September 2023 – [S 14 KR 818/21](#) –, juris), braucht der Senat hier nicht zu entscheiden. Denn es handelte sich um einen einfach gelagerten Sachverhalt, bei dem die Erstattungsforderung aus der Streichung einzelner, konkret benannter Prozeduren bei ansonsten unbeanstandeter Rechnung resultierte, die zur Folge hatte, dass statt der DRG P04A die strukturell sehr ähnliche DRG P04B angesteuert wird.

Anderes ergibt sich nach Auffassung des Senats auch nicht aus dem Urteil des BSG vom 28. August 2024 (– [B 1 KR 33/23 R](#) –). Soweit das BSG hier in Bezug auf die Mitteilung der wesentlichen Gründe die Mitteilung der neuen (zutreffenden) DRG erwähnt (aaO Rn. 31), ist dies zur Überzeugung des Senats nicht in dem Sinne zu verstehen, dass § 8 Satz 2 PrüfV 2016 stets die Mitteilung der neuen, nach Rechnungskorrektur sich ergebenden DRG verlangt. Die Formulierung des BSG ist mit den Besonderheiten des dortigen Sachverhalts zu erklären, in dem die Krankenkasse dem Krankenhaus keinen ausdrücklichen Erstattungsbetrag, wohl aber die nach Rechnungskorrektur sich ergebende neue DRG mitgeteilt hatte. Dies hätte die betragsmäßige Berechnung des Erstattungsbetrags erlaubt, was das BSG aber im Hinblick auf Wortlaut und Systematik von § 8 PrüfV als nicht ausreichend ansah, sondern die ausdrückliche Bezifferung der Erstattungsforderung forderte.

Schließlich hat die Beklagte die Leistungsentscheidung der Klägerin fristgerecht, nämlich innerhalb der 16-Monats-Frist nach Art. 1 Nr. 3 Ergänzungsvereinbarung 2020 übermittelt; insoweit nimmt der Senat auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts unter Ziffer 7. Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Der Senat hat die Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Saved

2025-06-13