

B 1 KR 34/13 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 6 KR 1006/11
Datum
28.11.2011
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 158/11
Datum
21.11.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 34/13 R
Datum
14.10.2014
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Kodiert ein Krankenhaus zu Unrecht eine Nebendiagnose als Hauptdiagnose, obliegt es ihm, die tatsächlichen Voraussetzungen der berechneten Vergütung darzutun.
2. Behandlungsunterlagen, die das Krankenhaus dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung vorprozessual freiwillig übergibt, unterliegen auch dann keinem Beweisverwertungsverbot, wenn die Prüfanzeige dem Krankenhaus erst nach Ablauf der sechswöchigen Anzeigefrist zugeht.
Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 21. November 2013 und des Sozialgerichts Hamburg vom 28. November 2011 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 8921,15 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung.

2

Die klagende Krankenhausträgerin behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte, 1924 geborene E. G. (im Folgenden: Versicherte) vom 17.2. bis 11.4.2009 stationär in ihrem Plankrankenhaus in W ... Die stationäre Aufnahme der Versicherten erfolgte wegen einer sekundären Rechtsherzinsuffizienz (ICD-10-GM I50.01). Während der stationären Behandlung erlitt die Klägerin infolge eines Sturzes eine proximale Fraktur des Oberschenkelknochens und bei einem weiteren Sturz insbesondere eine Fraktur des 11. Brustwirbelkörpers. Die Klägerin behandelte beide Brüche (offene Reposition mit Osteosynthese des Oberschenkelknochens, Spondylodese über zwei Wirbelkörper, Kyphoplastie; sich anschließende geriatrische Frührehabilitation). Sie kodierte als Hauptdiagnose ICD-10-GM S22.06 (Fraktur eines Brustwirbels, T11 und T12) und berechnete die Fallpauschale (Diagnosis Related Group - DRG) I09A (Wirbelkörperfusion mit äußerst schweren CC, ohne andere Kyphoplastie) mit 17 538,83 Euro (13.4.2009; Datenträgeraustausch am 28.4.2009). Die Beklagte zahlte den Rechnungsbetrag und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), die Kodierung und die Dauer stationärer Behandlungsbedürftigkeit zu überprüfen (Prüfauftrag vom 9.6.2009, MDK-Prüfanzeige vom 14.6.2009, Eingang bei Klägerin am 22.6.2009). Zwischenzeitlich informierte ua der zuständige Unfallversicherungsträger die Beklagte über die Brustwirbelkörperfraktur der Versicherten während ihres stationären Aufenthalts. Nach Einsichtnahme in die Krankenakte kam der MDK zum Ergebnis, dass sekundäre Rechtsherzinsuffizienz (ICD-10-GM I50.01) als Hauptdiagnose zu kodieren und DRG F48Z (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) abzurechnen sei. Hierauf rechnete die Beklagte unter Zugrundelegung einer sich nach DRG F48Z ergebenden Vergütung den nach ihrer Auffassung überzahlten Differenzbetrag von 8921,15 Euro mit einer unstrittigen Vergütungsforderung auf. Das SG hat die Beklagte antragsgemäß zur Zahlung dieses Betrags nebst 5 Prozent Zinsen seit dem 8.6.2010 verurteilt (Urteil vom 28.11.2011). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen: Es stehe nicht fest, welche DRG abzurechnen sei und dass eine andere als die - wie anzunehmen sei - falsch abgerechnete DRG einen niedrigeren Rechnungsbetrag ergäbe. Selbst wenn die kodierte Hauptdiagnose falsch sei, könne mit den verwertbaren Daten die richtige Hauptdiagnose nicht ermittelt werden. Dies gelte ohnehin für die Mitteilung des Unfallversicherungsträgers. Aber auch anhand der nach [§ 301 SGB V](#) von der Klägerin vollständig übermittelten Daten sei dies nicht möglich. Die Klägerin unterliege auch keiner erweiterten Informationspflicht. Aus der Sicht der

Klägerin sei die Auslegung und Anwendung von Abrechnungsvorschriften nicht offenkundig zweifelhaft oder offen umstritten. Hingegen dürften die Feststellungen des MDK nicht verwertet werden. Dem stehe die von Amts wegen zu beachtende Ausschlussfrist des [§ 275 Abs 1c S 2 SGB V](#) entgegen (Urteil vom 21.11.2013).

3

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung des [§ 109 Abs 4 SGB V](#). Die Klägerin habe die nach [§ 301 SGB V](#) geforderten Daten nicht korrekt mitgeteilt. Deswegen habe die Frist des [§ 275 Abs 1c S 2 SGB V](#) nicht zu laufen begonnen. Die Hauptdiagnose sei im Hinblick auf die Angaben des Unfallversicherungsträgers offensichtlich fehlerhaft. Die Klägerin weigere sich jedoch, eine neue korrekte Hauptdiagnose zu benennen. Das LSG erkenne, dass nicht sie, sondern die Klägerin korrekt kodieren müsse. Im Übrigen seien die MDK-Feststellungen verwertbar, weil die Klägerin vorprozessual freiwillig die Krankenakte dem MDK überlassen habe.

4

Die Beklagte beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 21. November 2013 und des Sozialgerichts Hamburg vom 28. November 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

5

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der Beklagten ist begründet. Das LSG hat zu Unrecht die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Das SG-Urteil ist unzutreffend. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ([§ 54 Abs 5 SGG](#)) ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (vgl zB [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 9 mwN; [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#), RdNr 12), aber unbegründet. Der ursprünglich entstandene Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Vergütung von Krankenhausbehandlungsleistungen für andere Versicherte (dazu 1.) erlosch dadurch in Höhe von 8921,15 Euro, dass die Beklagte wirksam mit ihrem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten aufrechnete (dazu 2. bis 4.). Der Klägerin stand wegen der stationären Behandlung der Versicherten neben den von der Beklagten gezahlten und nicht zurückgeforderten 8617,68 Euro jedenfalls kein weitergehender Vergütungsanspruch in Höhe der darüber hinaus gezahlten 8921,15 Euro zu. Die dagegen von der Klägerin vorgebrachten Einwendungen greifen nicht durch (dazu 5.).

8

1. Zu Recht ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass der Klägerin aufgrund stationärer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten zunächst Anspruch auf die abgerechnete Vergütung in Höhe von 8921,15 Euro zustand; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats erübrigt sich insoweit (vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB [BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 7 RdNr 10](#); [BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 15](#); [BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 4 RdNr 8](#)).

9

2. Der anderweitige Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung erlosch dadurch, dass die Beklagte wirksam mit ihrem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten analog [§ 387 BGB](#) die Aufrechnung erklärte (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl zB [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 § 17b Nr 2](#), RdNr 9 ff mwN, stRspr). Der Vergütungsanspruch der Klägerin und der von der Beklagten aufgerechnete öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch waren gegenseitig und gleichartig (vgl hierzu [BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 16](#)), der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch war fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar. Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung in Höhe von 8921,15 Euro waren erfüllt. Die Beklagte konnte Erstattung in Höhe von 8921,15 Euro beanspruchen, weil die von ihr bezahlte Rechnung über die Behandlung der Versicherten jedenfalls um diesen Betrag überhöht war.

10

3. Die Klägerin erfüllte die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie die Versicherte vom 17.2. bis 11.4.2009 stationär behandelte. Die Zahlungsverpflichtung einer KK 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 iS von [§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#) erforderlich ist (stRspr, vgl zB [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 11; [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#), RdNr 15; [BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 11](#); [BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 11](#); [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 § 17b Nr 2](#), RdNr 13; alle mwN). Diese Voraussetzungen waren nach den unangegriffenen, den Senat bindenden ([§ 163 SGG](#)) Feststellungen des LSG erfüllt.

11

4. Der Klägerin stehen aber keine weiteren 8921,15 Euro Vergütung als Differenzbetrag zwischen vergüteter DRG F48Z und abgerechneter DRG I09A zu. Nach den unangegriffenen, den Senat bindenden ([§ 163 SGG](#)) Feststellungen des LSG sind die Voraussetzungen für die DRG

109A (Wirbelkörperfusion mit äußerst schweren CC, ohne andere Kyphoplastie) nicht erwiesen (dazu a). Die tatsächlichen Voraussetzungen einer anderen DRG, die einen Anspruch auf weitere 8921,15 Euro begründen könnten, sind ebenfalls nicht erwiesen (dazu b). Dafür trägt die Klägerin die objektive Beweislast.

12

a) Die von der Klägerin geltend gemachte Krankenhausvergütung bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage (dazu aa). Die von der Klägerin kodierte Hauptdiagnose ICD-10-GM S22.06 (Fraktur eines Brustwirbels, T11 und T12) ist zwar eine geeignete Diagnose, um eine der Hauptdiagnosegruppe (Major Diagnostic Category - MDC) 08 (Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) zugeordnete DRG - wie hier die DRG I09A - anzusteuern (vgl. G-DRG German Diagnosis Related Groups Version 2009, Definitionshandbuch, Kompaktversion Bd 1, S 555 und S 557 (Algorithmus) und S 570 (Hauptdiagnose) (TAB-MDC08-0)). Nach den Feststellungen des LSG war es aber aus Rechtsgründen ausgeschlossen, ICD-10-GM S22.06 als Hauptdiagnose zu kodieren (dazu bb). Im Übrigen hat das LSG ihm rechtlich mögliche Feststellungen zur Hauptdiagnose nicht getroffen (dazu cc). Insofern sind die von den Beteiligten nicht mit Verfahrensrügen (§ 164 Abs 2 S 3 SGG) angegriffenen Feststellungen des LSG zwar unvollständig, aber vom erkennenden Senat als verbindlich (§ 163 SGG) und abschließend zugrunde zu legen (dazu dd).

13

aa) Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich gesetzlich aus § 109 Abs 4 S 3 SGB V (idF durch Art 1 Nr 3 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.4.2002, BGBl I 1412) iVm § 7 Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG - (idF durch Art 2 Nr 7 Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG) vom 17.3.2009, BGBl I 534, mWv 25.3.2009) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG; idF durch Art 1 Nr 4 KHRG; vgl. entsprechend BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 15). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge) konkretisiert. Im vorliegenden Fall sind die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2009 (Fallpauschalenvereinbarung 2009 - FPV 2009) einschließlich der Anlagen 1 bis 6 (insbesondere Anlage 1 Teil a) (Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen) Fallpauschalen-Katalog 2009) und die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2009 (Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2009 für das G-DRG-System gemäß § 17b KHG) maßgebend (zu deren normativer Wirkung vgl. BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 18).

14

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich nicht aus einem schriftlich festgelegten abstrakten Tatbestand, sondern aus der Eingabe von im Einzelnen von einem Programm vorgegebenen, abzufragenden Daten in ein automatisches Datenverarbeitungssystem und dessen Anwendung (zur rechtlichen Einordnung des Gruppierungsvorgangs vgl. BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 19 ff). Nach § 1 Abs 6 S 1 FPV 2009 sind in diesem Sinne zur Einstufung des Behandlungsfalls in die jeweils abzurechnende Fallpauschale Programme (Groupier) einzusetzen. Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus -, einer gemeinsamen Einrichtung der in § 17b Abs 2 S 1 KHG und § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind.

15

Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) erfolgt eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 17 mwN; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; zur Auslegung von medizinischen Begriffen im OPS vgl. BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 12 ff, stRspr).

16

bb) Die Klägerin hätte unter Beachtung der danach maßgeblichen DKR (2009) die Diagnose ICD-10-GM S22.06 (Fraktur eines Brustwirbels, T11 und T12) nur als Nebendiagnose kodieren dürfen. DKR (2009) D002f definiert die Hauptdiagnose wie folgt: "Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist." Nach DKR (2009) D003d ist eine Nebendiagnose dagegen definiert als: "Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt." Nach den Feststellungen des LSG erlitt die Versicherte einen Brustwirbelkörperbruch erst während ihres stationären Aufenthalts. Dieser "entwickelte" sich also erst in diesem Zeitraum.

17

cc) Das LSG hätte - entgegen seiner Auffassung - das MDK-Gutachten als Beweismittel verwerten dürfen (§ 106 Abs 1 iVm Abs 3 SGG). Aus § 275 Abs 1c S 2 SGB V ergibt sich jedenfalls dann kein Beweisverwertungsverbot (vgl. BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 28 mwN), wenn das Krankenhaus die als Grundlage des Gutachtens dienende Krankenakte freiwillig an den MDK herausgibt, obwohl es sich auf § 275 Abs 1c S 2 SGB V berufen könnte. Wie der erkennende Senat bereits entschieden hat (BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 15 RdNr 21), konkretisiert und sichert § 275 Abs 1c S 2 SGB V abschließend den sich aus § 275 Abs 1c S 1 SGB V ergebenden Beschleunigungsgrundsatz durch die Einführung einer Frist (vgl. BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 10; BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 30 und 33 ff; zur Nichtigkeit weitergehender vertraglicher Regelungen vgl. BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr 1, RdNr 35 ff). Die Regelung führt eine Frist von sechs Wochen nach Eingang des Rechnungsdatensatzes bei der KK ein, innerhalb derer die KK die Prüfung einzuleiten und der MDK dem Krankenhaus die Prüfung anzuzeigen hat. In der Rechtsprechung der in Angelegenheiten der gesetzlichen Krankenversicherung hierfür zuständigen Senate des BSG ist geklärt, dass diese Frist nur Bedeutung erlangt, wenn dem MDK weitere Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen sind, die über eine Anzeige nach § 301 SGB V und die Vorlage eines Kurzberichtes hinausgehen. Der ungenutzte Ablauf der Frist führt lediglich dazu, dass KK und MDK bei einzelfallbezogenen Abrechnungsprüfungen auf die Daten beschränkt sind, die das

Krankenhaus der KK im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung - deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt - jeweils zur Verfügung gestellt hat (vgl. [BSGE 112, 156](#) = SozR 4-2500 § 114 Nr 1, RdNr 39 mwN; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 28 mwN). Dies hindert das Krankenhaus nach Fristablauf nicht daran, dem MDK angeforderte Sozialdaten aus freien Stücken zur Verfügung zu stellen. Es ist bloß berechtigt, entsprechende Anforderungen zu verweigern und ggf abzuwehren. Ebenso bleibt das Recht der KK unberührt, für eine Prüfung andere zulässige Informationsquellen zu nutzen (vgl. zB BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 33 und 35 - 36). An dieser Rechtsprechung hält der erkennende Senat fest. Ungeachtet dessen greift ein aus [§ 275 Abs 1c S 2 SGB V](#) abzuleitendes Verwertungsverbot nicht bei Überprüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit (vgl. dazu unten, II. 5.).

18

dd) Die Beklagte hat in ihrem Revisionsvorbringen insoweit zutreffend darauf hingewiesen, dass die vom MDK in seinem Gutachten vom 20.4.2010 gewonnenen Erkenntnisse vom LSG hätten verwertet werden dürfen. Damit hat die Beklagte aber keine Verfahrensrüge nach [§ 163 Halbs 2 SGG](#) erhoben, sondern lediglich eine - zutreffende - Rechtsauffassung geäußert. Denn es fehlt an einem von [§ 164 Abs 2 S 3 SGG](#) geforderten Vorbringen.

19

b) Aus den mit zulässigen und begründeten Revisionsrügen ([§ 163 SGG](#)) von der Klägerin nicht angegriffenen Feststellungen des LSG ergibt sich auch weder eine andere zu kodierende Hauptdiagnose noch zu kodierende OPS-Nummern, die die von der Klägerin abgerechnete DRG ansteuern oder eine andere DRG, welche einen Vergütungsanspruch begründet, der über den von der Beklagten gezahlten Betrag hinausgeht. Die Klägerin trifft das Risiko der Nichterweislichkeit der Erfüllung der tatsächlichen Voraussetzungen eines höheren Vergütungsanspruchs (vgl. entsprechend BSG Urteil vom 1.7.2014 - [B 1 KR 29/13 R](#) - RdNr 14 mwN, für BSGE und SozR vorgesehen).

20

5. Die gegen die Aufrechnung erhobenen Einwendungen der Klägerin aus den Anforderungen an Auffälligkeitsprüfungen (vgl. [§ 275 Abs 1c und Abs 1 SGB V](#)) greifen nicht durch. Die Klägerin kann aus der Regelung des [§ 275 Abs 1c S 2 SGB V](#) nichts für sich herleiten. Unerheblich ist, dass nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) die von der Beklagten zunächst veranlasste Auffälligkeitsprüfung nicht innerhalb der Frist des [§ 275 Abs 1c S 2 SGB V](#) der Klägerin angezeigt wurde. Denn die Beklagte durfte die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung nach allgemeinen Grundsätzen überprüfen (dazu a). Das Überprüfungsrecht der KKn auf sachlich-rechnerische Richtigkeit besteht unabhängig von den engeren Anforderungen einer Auffälligkeitsprüfung (dazu b). Es entspricht nicht nur den gesetzlichen Vorgaben ([§ 301 Abs 1 SGB V](#)), sondern den eigenen Interessen des Krankenhauses, der KK die entsprechenden Sachverhalte vollständig und nachvollziehbar mitzuteilen, die es zu seiner Auslegung der Abrechnungsvorschriften veranlasst haben. Nur so beugt das Krankenhaus einer Irreführung und darauf beruhender täuschungsbedingter ungerechtfertigter Vermögensverfügung der KK vor, ermöglicht der KK die sachlich-rechnerische Richtigkeitskontrolle und schafft damit die für die Zusammenarbeit unerlässliche Vertrauensbasis (vgl. zum Ganzen auch bereits Urteil des erkennenden Senats vom 1.7.2014 - [B 1 KR 29/13 R](#) - RdNr 16 ff, für BSGE und SozR vorgesehen; Urteil des erkennenden Senats vom 14.10.2014 - [B 1 KR 26/13 R](#) - RdNr 17).

21

a) Das Überprüfungsrecht der KKn von Krankenhausabrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit unterliegt einem eigenen Prüfregime. Die gesetzliche Regelung der Informationsübermittlung vom Krankenhaus an die KK (vgl. [§ 301 SGB V](#)) korrespondiert mit der Prüfberechtigung der KK. KKn sind jederzeit berechtigt, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf eine Leistungsverweigerung oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen ([§ 301 SGB V](#)). Denn das Krankenhaus hat hierzu zutreffend und vollständig alle Angaben zu machen, deren es zur Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung bedarf ([§ 301 Abs 1 SGB V](#); vgl. zB 1. Senat des BSG in [BSGE 106, 214](#) = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 13, 21; 3. Senat des BSG in [BSGE 111, 58](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 18 ff mwN; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 5 RdNr 14 mwN, stRspr.). Hierbei kann es keinerlei Obliegenheit oder gar Pflicht der KK geben, Zweifel an der Erfüllung einer Anspruchsvoraussetzung durch substantiierten Vortrag zu untermauern (vgl. [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#), RdNr 28 mwN). Denn nach der Rechtsprechung des Großen Senats des BSG (vgl. [BSGE 99, 111](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 10](#), RdNr 28 f) obliegt die Entscheidung über den Anspruch des Versicherten auf vollstationäre Krankenhausbehandlung allein der KK und im Streitfall dem Gericht, ohne dass diese an die Einschätzung des Krankenhauses oder seiner Ärzte gebunden sind (vgl. [BSGE 102, 181](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 15](#), RdNr 31).

22

Andererseits wäre es rechtsmissbräuchlich, wenn KKn flächendeckend ohne irgendeinen Anhaltspunkt jede Krankenhausabrechnung beanstandeten (vgl. zur routinemäßigen und pauschalen Weigerung einer KK, Krankenhausrechnungen zu bezahlen, zB [BSGE 89, 104](#), 109 f = [SozR 3-2500 § 112 Nr 2](#) S 16 f). Dafür liegt hier aber nichts vor. Jedenfalls dann, wenn sich demgegenüber auch nur geringste Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die Abrechnung nicht sachlich-rechnerisch richtig ist, und/oder das Krankenhaus seine primären Informationsobliegenheiten und ggf -pflichten über die Abrechnungsgrundlagen nicht erfüllt, trifft das Krankenhaus spätestens auf Anforderung der KK zumindest die Obliegenheit, an der Aufklärung des Sachverhalts mitzuwirken, insbesondere auch die Behandlungsunterlagen an den MDK oder das Gericht herauszugeben, soweit sich aus den Landesverträgen nach [§ 112 SGB V](#) keine weitergehenden Mitteilungspflichten ergeben.

23

Die Beklagte beachtete die genannten Anforderungen an die Überprüfung von Krankenhausabrechnungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Im vorliegenden Fall bestanden mehr als nur geringste Anhaltspunkte für eine sachlich-rechnerische Unrichtigkeit. Vielmehr stand hier sicher fest, dass die Klägerin eine unzutreffende Hauptdiagnose unter vorsätzlicher oder zumindest grob fahrlässiger Missachtung der DKR kodiert hatte, um eine höhere Vergütung zu erzielen. Der Beklagten war hier auf mehreren Wegen zur Kenntnis gegeben worden, dass die Versicherte erst während der stationären Behandlung einen Wirbelkörperbruch erlitten hatte. Dies ergab sich insbesondere sowohl

aus der Mitteilung eines Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung als auch aus den sehr aussagekräftigen gutachtlichen Feststellungen, zu denen der MDK bei Auswertung der die Versicherte betreffenden Behandlungsunterlagen gelangte.

24

b) Die Klägerin kann sich demgegenüber nicht auf die Verletzung der Anforderungen an Auffälligkeitsprüfungen, insbesondere des prüfrechtlichen Beschleunigungsgebots berufen. Anders als die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung unterliegt die Überprüfung von Auffälligkeiten der Abrechnung nach [§ 275 Abs 1c SGB V](#) einem speziellen prüfrechtlichen Beschleunigungsgebot. [§ 275 Abs 1c S 1 SGB V](#) ordnet in Bezug auf die Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) an, dass eine Prüfung nach [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) "zeitnah" durchzuführen ist. Dieses wird in [§ 275 Abs 1c S 2 SGB V](#) dahin präzisiert, dass eine Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der KK einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist (vgl. [BSGE 106, 214](#) = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 4 RdNr 10; [BSGE 111, 58](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 11). Leitet die KK die Prüfung nicht spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei ihr ein und zeigt der MDK die Einleitung der Prüfung dem Krankenhaus nicht oder nicht rechtzeitig nach [§ 275 Abs 1c S 2 SGB V](#) an, bewirkt dies - wie bereits ausgeführt - ein sich auch auf Gerichtsverfahren erstreckendes Beweisverwertungsverbot (vgl. [BSGE 111, 58](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 30; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 28). Die abschließende, abgestufte Regelung des [§ 275 Abs 1c SGB V](#) sanktioniert in diesem Sinne lediglich die kurze Frist des [§ 275 Abs 1c S 2 SGB V](#) (vgl. [BSGE 112, 141](#) = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 33 ff; dem folgend auch [BSGE 111, 58](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr 24).

25

Die Überprüfung nach [§ 275 Abs 1c SGB V](#) setzt eine Auffälligkeit der Abrechnung voraus. Nach [§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V](#) (idF durch Art 1 Nr 6b FPG vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#), mWv 1.1.2003) sind die KKn in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Es bestehen Auffälligkeiten, die die KK zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung unter Anforderung einer gutachtlichen Stellungnahme des MDK berechtigen, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder weitere zulässig von der KK verwertbare Informationen Fragen nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen, die die KK aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den MDK nicht beantworten kann ([BSGE 112, 141](#) = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 18 mwN).

26

Die Auffälligkeitsprüfung betrifft regelmäßig Fälle, in denen die KK Zweifel daran haben kann, dass das Krankenhaus seine Leistung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 Abs 1 SGB V](#)) erbracht hat (vgl. zur Befugnis der KKn, die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung zu überprüfen, zB [BSGE 104, 15](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr 17; BSG Urteil vom 1.7.2014 - [B 1 KR 62/12 R](#) - für BSGE und SozR vorgesehen). Sie begründet in den Fällen, in denen es zu keiner Abrechnungsminderung kommt, einen Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung einer Aufwandspauschale (vgl. [§ 275 Abs 1c S 3 SGB V](#)).

27

Hier handelt es sich dagegen - wie ausgeführt - nicht um die Prüfung der Wirtschaftlichkeit des Verhaltens, sondern der sachlich-rechnerischen Richtigkeit.

28

6. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm [§ 154 Abs 1 VwGO](#). Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm [§ 63 Abs 2](#), [§ 52 Abs 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2015-06-12