B 1 KR 37/20 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KR 446/18
Datum
25.01.2019
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 88/19
Datum
10.09.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 37/20 R
Datum
18.05.2021
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine materielle Präklusion ist mit dem Regelungszweck der 2016 zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Prüfverfahrensvereinbarung (juris: PrüfvVbg) nicht vereinbar, wenn das Krankenhaus in Umsetzung des durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ermittelten Prüfergebnisses Daten nach Abschluss der MDK-Prüfung korrigiert oder ergänzt.

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 10. September 2020 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 2503,47 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin, Trägerin eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses (nachfolgend: Krankenhaus), behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) Versicherte vollstationär vom 22.6. bis 2.7.2017 und berechnete hierfür 3232,20 Euro *(Schlussrechnung vom 17.7.2017; Fallpauschale <DRG> X05B)*. Sie kodierte dazu als Hauptdiagnose nach dem im Jahr 2017 geltenden ICD-10-GM T14.1. Die KK beglich die Rechnung vollständig und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung, ob das Überschreiten der oberen Grenzverweildauer medizinisch begründet und die Hauptdiagnose korrekt kodiert worden sei. Der MDK kam zum Ergebnis, als Hauptdiagnose sei nicht T14.1, sondern T79.3 zu kodieren. Dies führe zur DRG T01C, wodurch ein Überschreiten der oberen Grenzverweildauer nicht mehr vorliege *(Stellungnahme vom 17.11.2017)*. Mit Schlussrechnung vom 23.11.2017 änderte das Krankenhaus seine ursprüngliche Abrechnung in Umsetzung der MDK-Stellungnahme, berechnete unter Berücksichtigung der Hauptdiagnose T79.3 nunmehr DRG T01C (5735,67 Euro) und forderte von der KK die Zahlung weiterer 2503,47 Euro. Diese verweigerte die Zahlung: Die Nachforderung sei nach § 7 Abs 5 Satz 3 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V vom 3.2.2016 (Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfvV 2016) iVm § 17c Abs 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ausgeschlossen.

3

Das SG hat der Klage auf Zahlung von 2503,47 Euro nebst Zinsen stattgegeben *(Urteil vom 25.1.2019)*. Das LSG hat die Berufung der KK zurückgewiesen: Es sei unstreitig, dass die stationäre Behandlung der Versicherten richtigerweise unter Kodierung der Hauptdiagnose T79.3 nach der DRG T01C abzurechnen sei. Die sich dadurch ergebende Nachforderung iH von 2503,47 Euro sei weder verjährt noch verwirkt und auch nicht nach § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 ausgeschlossen. Die Vorschrift regle keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist *(Urteil vom 10.9.2020)*.

4

Die KK rügt mit ihrer Revision sinngemäß die Verletzung von § 12 Abs 1, § 275 Abs 1 Satz 1 Nr 1 und Abs 1c SGB V aF sowie von § 17c Abs 2 KHG iVm § 7 Abs 5 PrüfvV 2016. § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 schließe als materiell-rechtliche Ausschlussfrist eine Rechnungskorrektur nach Abschluss der MDK-Prüfung aus. Die Auslegung des LSG führte im Ergebnis dazu, dass der Verstoß gegen § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 keine negativen Konsequenzen für das Krankenhaus hätte. Im Übrigen sei eine allein auf dem Prüfergebnis des MDK beruhende erlöserhöhende Datenänderung des Krankenhauses treuwidrig.

5

Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Bayerischen Landessozialgerichts vom 10. September 2020 und des Sozialgerichts Augsburg vom 25. Januar 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

6

Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

7

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

8

Die Revision der beklagten KK ist unbegründet *(§ 170 Abs 1 Satz 1 SGG)*. Zu Recht hat das LSG ihre Berufung zurückgewiesen.

9

Die auf Zahlung höherer Krankenhausvergütung gerichtete echte Leistungsklage ist in dem hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zwischen klagendem Krankenhausträger und beklagter KK gemäß § 54 Abs 5 SGG zulässig *(stRspr; vgl zB BSG vom 30.6.2009 - B 1 KR 24/08 R - BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12 mwN)*. Sie ist auch begründet.

10

Das klagende Krankenhaus hatte im Juli 2017 bereits 3232,20 Euro für die Behandlung der Versicherten abgerechnet. Es durfte gleichwohl seine Abrechnung im November 2017 ändern und weitere 2503,47 Euro von der KK nebst Zinsen nachfordern. Dieser Anspruch auf weitere Vergütung für die stationäre Behandlung des Versicherten ist entstanden *(dazu 1.)*. Der Anspruch ist weder - wie die KK meint - infolge einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist erloschen noch steht seiner Durchsetzung eine sonstige Einwendung entgegen *(dazu 2.)*. Dem Krankenhaus steht auch der vom SG tenorierte Zinsanspruch zu *(dazu 3.)*.

11

1. Die Voraussetzungen des Anspruchs des Krankenhauses auf Zahlung weiterer 2503,47 Euro Vergütung für die Behandlung der Versicherten im Jahr 2017 sind erfüllt. Dem Krankenhaus stand dem Grunde nach ein Vergütungsanspruch für die unstreitig erforderliche stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten zu *(vgl zu den Grundvoraussetzungen des Vergütungsanspruchs BSG vom 8.11.2011*

- B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13, 15 mwN; BSG vom 19.3.2020 - B 1 KR 22/18 R - juris RdNr 11 mwN; zum rechtlichen Rahmen der Fallpauschalenvergütung, insbesondere des Groupierungsvorgangs und zur Rechtsqualität der Fallpauschalenvereinbarung vgl BSG vom 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 ff).

12

Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die Krankenhausvergütung für die Behandlung der Versicherten unter Berücksichtigung von T79.3 als Hauptdiagnose richtigerweise nach der DRG T01C zu vergüten ist und sich daraus ein Vergütungsanspruch von insgesamt 5735,67 Euro ergibt. Dieser übereinstimmende, auch vom LSG als zutreffend angesehene Beteiligtenvortrag wird vom Senat zugrunde gelegt *(stRspr; vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG vom 26.5.2020 - B 1 KR 26/18 R - juris RdNr 11 mwN)*. Da die KK bisher nur 3232,20 Euro zahlte, verbleibt ein bislang nicht erfüllter Restvergütungsanspruch auf 2503,47 Euro.

13

2. Das Krankenhaus durfte diesen Restvergütungsanspruch auch fällig stellen und hierzu seine Abrechnung im November 2017 korrigieren. Es durfte die Hauptdiagnose T79.3 nachkodieren und die hierdurch angesteuerte DRG T79.3 mit insgesamt 5735,67 Euro auch nach Abschluss des von der KK eingeleiteten Prüfverfahrens dieser in Rechnung stellen. Der Anspruch auf den Restbetrag iH von 2503,47 Euro ist nicht nach dem hier zeitlich anwendbaren § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 *(dazu a)* ausgeschlossen. § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 regelt keine materielle Ausschlussfrist, sondern eine materielle Präklusion *(dazu b)*. Die Regelung schließt Korrekturen in Anpassung an das MDK-Prüfergebnis jedoch nicht aus *(dazu c)*. Der Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung weiterer 2503,47 Euro ist auch nicht nach § 69 Abs 1 Satz 3 SGB V iVm § 242 BGB verwirkt oder sonst ausgeschlossen *(dazu d)*.

14

a) § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 ist zeitlich auf die im Jahr 2017 durchgeführte Krankenhausbehandlung des Versicherten anwendbar. Die mit Wirkung zum 1.1.2017 aufgrund der Ermächtigung des § 17c Abs 2 KHG *(idF des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, BGBl I 2423)* in Kraft getretene und später gekündigte PrüfvV 2016 erfasst Überprüfungen bei Versicherten, die ab dem 1.1.2017 aufgenommen wurden *(§ 13 Abs 1 PrüfvV 2016; für Krankenhausaufnahmen vor dem 1.1.2017 galt die PrüfvV 2014; vgl BSG vom 30.7.2019 - B 1 KR 31/18 R - BSGE 129, 1 = SozR 4-7610 § 366 Nr 2, RdNr 14)*.

15

§ 17c Abs 2a Satz 1 KHG *(idF des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen <MDK-Reformgesetz> vom 14.12.2019, BGBl I 2789, mit Wirkung vom 1.1.2020, Art 15 Abs 1 MDK-Reformgesetz; zu den Grundsätzen des intertemporalen Sozialrechts vgl BSG vom 23.5.2017 - B 1 KR 24/16 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 8 RdNr 32 mwN)*, wonach eine Korrektur der an die KK übermittelten Abrechnung durch das Krankenhaus grundsätzlich ausgeschlossen ist, ist jedenfalls nicht rückwirkend auf Sachverhalte anzuwenden, bei denen das Krankenhaus - wie hier - vor Inkrafttreten der Regelung wirksam die Abrechnung korrigiert hat.

16

b) § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 bewirkt eine materielle Präklusionsregelung mit der Rechtsfolge, dass Änderungen zugunsten des vom Krankenhaus zu Abrechnungszwecken an die KK übermittelten Datensatzes nach Ablauf der in der PrüfvV geregelten Änderungsfristen unzulässig sind, soweit der Datensatz Gegenstand des Prüfverfahrens geworden ist. Änderungen des MDK-geprüften Teils des Datensatzes nach § 301 SGB V außerhalb der in § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 geregelten Änderungsmöglichkeiten sind - auch mit Wirkung für ein ggf nachfolgendes Gerichtsverfahren - unzulässig. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses kann nicht erfolgreich auf Grundlage von neuen (geänderten oder ergänzten) Daten durchgesetzt werden, deren Übermittlung unzulässig ist.

17

Im Gegensatz zu einer den Anspruch ganz oder teilweise allein durch Zeitablauf ausschließenden Regelung des materiellen Rechts, die den Verlust einer materiell-rechtlichen Anspruchsposition zur Folge hat (materiell-rechtliche Ausschlussfrist), geht nach § 7 Abs 5 Satz 1 bis 4 PrüfvV 2016 der Anspruch auf die weitere Vergütung nicht allein wegen des Fristablaufs unter *(zu Begriff und Wirkung materiell-rechtlicher Ausschlussfristen vgl BSG vom 13.11.2012 - B 1 KR 27/11 R - BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr 1 = juris RdNr 35; BGH vom 29.4.2020 - VIII ZR 355/18 - NJW 2020, 1947, RdNr 21; BGH vom 1.9.2020 - EnVR 104/18 - WM 2021, 96, RdNr 16 mwN; BVerwG vom 22.10.1993 - 6 C 10/92 - Buchholz 421 Kultur- und Schulwesen Nr 111 = juris RdNr 16 mwN; BAG vom 3.12.2019 - 9 AZR 95/19 - AP Nr 107 zu § 1 TVG - Tarifverträge: Einzelhandel = juris RdNr 42)*. Die Vorschrift führt nicht zum Erlöschen des durch die Behandlungsleistung entstandenen Vergütungsanspruchs. Sie begründet eine materielle Präklusion. Dies bedeutet, dass die nach dem jeweiligen Regelungszusammenhang erforderlichen Handlungen zur Durchsetzung oder Abwehr eines Anspruchs ausgeschlossen sind. Dies hat bei § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 zur Folge, dass die Vergütungsforderung des Krankenhauses nicht auf der Grundlage neuer - präkludierter - Daten durchgesetzt werden kann *(vgl zur Wirkung der Präklusion im Rahmen des § 7 Abs 2 Satz 2 bis 4 PrüfvV 2014 und zur verfassungsrechtlichen Zulässigkeit materieller*

Präklusionsregelungen die Urteile vom 18.5.2021 - B 1 KR 32/20 R und B 1 KR 24/20 R). Das Krankenhaus verliert das Recht, den Datensatz nach § 301 SGB V zu ändern, soweit er Prüfgegenstand der von der KK veranlassten MDK-Prüfung geworden ist; dies auch mit Wirkung für das Gerichtsverfahren.

18

Voraussetzung für die Fälligkeit des Anspruchs auf eine - wie hier geltend gemachte - höhere Vergütung ist eine ordnungsgemäß korrigierte Abrechnung *(vgl auch BSG vom 13.11.2012 - B 1 KR 14/12 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 31)*. Diese liegt nur vor, wenn die betreffenden Daten nach § 301 SGB V rechtmäßig noch übermittelt werden durften. Dagegen kann der Vergütungsanspruch, insbesondere auch eine Nachforderung, weiterhin mit anderen, nicht von der materiellen Präklusion erfassten Daten innerhalb der Grenzen von Verwirkung und Verjährung erfolgreich durchgesetzt werden. Insoweit müssen die rechtmäßig übermittelten Daten jedoch zutreffend sein; unzutreffende Daten können grundsätzlich keinen Vergütungsanspruch begründen. Die Rechtsfolge des § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 hat daher Auswirkungen nicht nur für den Austausch der Daten zur Begründung einer Nachforderung, sondern auch für Datenänderungen zur Begründung eines gleichbleibenden oder verminderten Rechnungsbetrags. Denn soweit der nicht mehr veränderbare Teil des Datensatzes unzutreffende Daten enthält, kann das Krankenhaus hierauf regelmäßig keinen durchsetzbaren Vergütungsanspruch stützen. Unzutreffende, nicht mehr änderbare Daten fallen als Berechnungselemente grundsätzlich ersatzlos weg. Dies gilt allerdings nicht, wenn es "nur" um quantitative Angaben geht (zB Dauer der Beatmungsstunden, Geburtsgewicht, Operationen- und Prozeduren-Schlüssel-Kodes mit quantitativen Unterscheidungen), also nicht ein Aliud, sondern ein Minus oder ein Maius zutreffend hätte kodiert werden müssen. Wie die Fälle zu behandeln sind, in denen die im Datensatz mitgeteilte, vom Prüfauftrag umfasste Hauptdiagnose (erstgenannte Diagnose) unzutreffend und eine Nachkodierung ausgeschlossen ist, lässt der Senat ausdrücklich offen.

19

Die materielle Präklusionswirkung im beschriebenen Sinne kann erhebliche negative finanzielle Konsequenzen für das Krankenhaus zur Folge haben. Dies zeigt, dass entgegen der Auffassung der beklagten KK § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 auch ohne Annahme einer materiellen Ausschlussfrist nicht sinnentleert ist.

20

Die Regelung einer solchen materiellen Präklusionswirkung ist durch die Ermächtigungsgrundlage in § 17c Abs 2 KHG gedeckt. Danach regeln der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft "das Nähere zum Prüfverfahren" nach § 275 Abs 1c SGB V. Die Vorschrift ermächtigt die Parteien der PrüfvV dazu, an die Verletzung von Mitwirkungsobliegenheiten im Prüfverfahren Rechtsfolgen zu knüpfen, die auch die Durchsetzbarkeit des Vergütungsanspruchs betreffen. Aus dem gesetzlichen Regelungsauftrag des § 17c Abs 2 KHG folgt jedoch keine zwingende Notwendigkeit eines umfassenden materiell-rechtlichen Anspruchsverlustes bei nachträglichen Datenänderungen durch das Krankenhaus. Ebenso wenig kann dies aus den sonstigen normativen Rahmenbedingungen für die Krankenhausbehandlung hergeleitet werden. Vielmehr sind Nachforderungen in den Grenzen des § 242 BGB grundsätzlich zulässig *(vgl BSG vom 23.5.2017 - B 1 KR 27/16 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 62 RdNr 9 mwN; zur Rechtslage ab 1.1.2020 vgl § 17c Abs 2a Satz 1 KHG)*.

21

Die aufgezeigte materielle Präklusionswirkung ergibt sich aus der Anwendung der allgemeinen Auslegungsregeln *(dazu aa)*, nämlich aus Wortlaut und Binnensystematik der PrüfvV *(dazu bb)*, dem Regelungssystem *(dazu cc)* sowie Sinn und Zweck der Vorschrift unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte *(dazu dd)*.

22

aa) Die Anwendung der normenvertraglichen Bestimmungen der PrüfvV 2016 unterliegt den allgemeinen für Gesetze geltenden Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Es ist nicht auf den subjektiven Willen der Beteiligten, sondern auf die objektive Erklärungsbedeutung abzustellen. Die objektive Erklärungsbedeutung ist umfassend zu ermitteln *(vgl zur normativen Auslegung BSG vom 3.3.1999 - B 6 KA 18/98 R - juris RdNr 15; BSG vom 22.11.2012 - B 3 KR 10/11 R - SozR 4-2500 § 132a Nr 6 RdNr 20 mwN)*. Die für Abrechnungsbestimmungen geltenden Einschränkungen im Sinne einer eng am Wortlaut orientierten, nur durch systematische Erwägungen unterstützten Auslegung gelten nicht. Die Besonderheiten für die Auslegung von Abrechnungsbestimmungen ergeben sich aus ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems *(stRspr; vgl nur BSG vom 17.12.2019 - B 1 KR 19/19 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 15 RdNr 13 mwN)*. Die Regelungen der PrüfvV stehen nicht unmittelbar im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes, sondern regeln vornehmlich als Verfahrensvorschriften die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens nach § 275 Abs 1c SGB V. Das Prüfverfahren ist zwar mit einer erheblichen quantitativen Bedeutung in die routinemäßige Abwicklung der Abrechnungsvorgänge eingebunden. Die Prüfverfahrensvorschriften wirken sich aber als Verfahrensregelungen nicht qualitativ auf die Bewertungsrelationen des Vergütungssystems aus. Die Auslegung der Prüfverfahrensregelungen berührt nicht das Verständnis der zu kodierenden Berechnungselemente (insbesondere Diagnosen und Prozeduren) und Kodierregeln, die iVm dem Grouper-Algorithmus die Bewertungsrelationen festlegen. Deshalb hat der Senat auch bisher schon alle anerkannten Auslegungsmethoden bei der Auslegung der PrüfvV berücksichtigt *(vgl BSG vom 30.7.2019 - B 1 KR 31/18 R - BSGE 129, 1 = SozR 4-7610 § 366 Nr 2, RdNr 21 bis 24)*.

23

bb) Die materielle Präklusionswirkung des § 7 Abs 5 Satz 1 bis 4 PrüfvV 2016 in dem beschriebenen Sinne folgt bereits aus dem Wortlaut der Vorschrift und der Binnensystematik der PrüfvV 2016. Die Vorschrift lautet: "Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen sind 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 Absatz 2 an die Krankenkasse erfolgen. Sollte eine Begutachtung durch den MDK vor Ablauf der Frist des Satzes 2 beendet sein, ist eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK möglich. In den Fällen der Prüfung vor Ort finden die Sätze 2 und 3 mit der Maßgabe Anwendung, dass eine Korrektur oder Ergänzung nur bis zum Abschluss der Prüfung vor Ort möglich ist."

24

Das Wort "Datensatz" in § 7 Abs 5 Satz 1 PrüfvV 2016 bezieht sich auf die nach § 301 SGB V von dem Krankenhaus an die KK übermittelten Daten. Dies folgt ua aus § 3 Satz 1 und 2 PrüfvV 2016. Danach erfolgt die Überprüfung der Leistungs- und Abrechnungsdaten durch die KK auf der Grundlage der von den Krankenhäusern nach § 301 SGB V korrekt und vollständig zu übermittelnden Daten. Mit den Worten "Daten", "Datensatz" bzw "Datensätzen" wird ebenso in anderen Bestimmungen der PrüfvV 2016 auf § 3 Satz 1 und 2 PrüfvV 2016 und damit auf die Daten nach § 301 SGB V Bezug genommen *(vgl § 4 Satz 1, § 5 Abs 1 bis 3 und 5, § 6 Abs 1 Buchst a und b sowie § 7 Abs 5 Satz 5 PrüfvV 2016)*. Die Änderung dieses Datensatzes ist nach dem Wortlaut des § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 nur sehr eingeschränkt zulässig. Satz 1 besagt ausdrücklich, dass Korrekturen oder Ergänzungen des Datensatzes "nur einmal möglich" sind. Darüber hinaus wird die Änderung des "Datensatzes" durch die in Satz 2 geregelte Fünf-Monats-Frist - die nach Maßgabe des Satzes 3 und 4 früher enden kann - ausdrücklich auch zeitlich beschränkt.

25

Gegen ein Verständnis des § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 als materiell-rechtliche Ausschlussfrist für Nachforderungen des Krankenhauses im Sinne eines vollständigen Anspruchsverlustes allein durch Zeitablauf spricht bereits, dass eine solche Rechtsfolge weder mit diesem Begriff noch mit einer entsprechenden inhaltlichen Regelung im Wortlaut aufzufinden ist. Wegen der weitreichenden Folgen wäre dies jedoch grundsätzlich zu erwarten *(vgl hierzu auch BSG vom 23.3.2016 - B 6 KA 14/15 R - SozR 4-5555 § 17 Nr 1 RdNr 30; BSG vom 13.12.2011 - B 1 KR 9/11 R - SozR 4-2500 § 133 Nr 6 RdNr 23)*.

26

cc) Der Wortlautbefund fügt sich in das Regelungssystem ein. Nach der Rspr des BSG bestehen im Verhältnis zwischen Krankenhäusern, KKn und dem MDK Auskunfts- und Prüfpflichten auf drei Ebenen *(vgl nur BSG vom 13.11.2012 - B 1 KR 14/12 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 29 mwN)*: Auf der ersten Stufe hat das Krankenhaus alle Daten nach § 301 Abs 1 SGB V zutreffend und vollständig zu übermitteln *(so auch § 3 Satz 3 PrüfvV 2016)*. Ergeben sich für die KK bei der Prüfung dieser Daten sowie weiterer zur Verfügung stehender Informationen Auffälligkeiten, ist auf der zweiten Stufe ein Prüfverfahren nach § 275 Abs 1 Nr 1, Abs 1c SGB V einzuleiten *(so auch §§ 4 und 6 PrüfvV 2016; zur Möglichkeit vor Beauftragung des MDK ein "Vorverfahren" bzw "Falldialog" durchzuführen vgl § 5 PrüfvV 2016)*. Die dritte Stufe betrifft das ordnungsgemäß eingeleitete Prüfverfahren und die Prüfung durch den MDK: Das Krankenhaus hat auf dieser Ebene nach § 276 Abs 2 Satz 2 SGB V *(hier idF des Krankenhausstrukturgesetzes vom 10.12.2015, BGBl I 2229)* dem MDK alle weiteren Angaben zu machen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Prüffragen benötigt werden *(siehe hierzu auch § 7 Abs 2 PrüfvV 2014 und dazu Urteile vom 18.5.2021 - B 1 KR 32/20 R und B 1 KR 24/20 R)*.

27

Die durch § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 geregelte Datenänderung betrifft die erste Stufe der Auskunfts- und Prüfpflichten. Die Erfüllung der auf dieser Ebene geregelten Obliegenheit des Krankenhauses zur Übermittlung der Daten über die Krankenhausbehandlung aus § 301 SGB V ist unverzichtbare Grundlage und Bestandteil einer ordnungsgemäßen Abrechnung. Fehlt es an einer dieser Angaben, kann mangels ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit des abgerechneten Krankenhausvergütungsanspruchs nicht eintreten. Ist die Übermittlung von zusätzlichen Daten, die vom Prüfauftrag umfasst sind, durch das Krankenhaus nach § 7 Abs 5 Satz 1 bis 4 PrüfvV 2016 unzulässig, folgt hieraus zwingend, dass diese Daten keinen oder keinen weitergehenden Vergütungsanspruch auslösen können. Geht es nicht um eine unzulässige Ergänzung des Datensatzes, sondern um dessen unzulässige Korrektur durch Auswechseln bereits übermittelter Daten, gilt im Ergebnis nichts anderes. Fällig werden kann überhaupt nur derjenige Teil der fehlerhaft abgerechneten Vergütung, der ohne Berücksichtigung der fehlerhaften Daten verbleibt. Deren Fälligkeit tritt jedoch auch dann ein, wenn das Krankenhaus seine ursprüngliche Rechnung hinsichtlich der als falsch erkannten Daten nach § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 nicht mehr korrigieren kann. Dies folgt zwingend aus § 7 Abs 5 PrüfvV 2016. Anderenfalls könnte ein Krankenhaus die Fälligkeit seiner Forderung nicht mehr herbeiführen *(vgl zur bisherigen stRspr BSG vom 9.4.2019 - B 1 KR 3/18 R - BSGE 128, 54 = SozR 4-1780 § 161 Nr 3, RdNr 22 ff mwN)*.

28

dd) Die materielle Präklusionswirkung im beschriebenen Sinne gebietet auch der Regelungszweck des § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte. Er liegt im Ausgleich zwischen der mit der PrüfvV 2016 verfolgten Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens und dem Ziel der Abrechnungsprüfung, auf eine ordnungsgemäße Abrechnung hinzuwirken.

29

Die PrüfvV 2016 zielt auf die Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens, das nicht durch wiederholte oder unzeitige Datenänderungen in die Länge gezogen werden soll. Der gesamte Abrechnungsfall soll zügig seinen Abschluss finden. Das zeigt auch die Entstehungsgeschichte. Nach § 17c Abs 2 Satz 1 KHG sollen die Vertragsparteien das Prüfverfahren näher ausgestalten. Anlass hierfür sah der Gesetzgeber ua deshalb, weil nicht in allen Bundesländern Verträge zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs 1 iVm Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V existierten bzw diese nur sehr allgemein gehalten oder veraltet seien *(vgl BT-Drucks 17/13947 S 38; BSG vom 23.5.2017 - B 1 KR 24/16 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 8 RdNr 30)*. Die Vertragsparteien sollten es nach § 17c Abs 2 Satz 1 KHG in der Hand haben, die Zusammenarbeit der Krankenhäuser und KKn effektiver und konsensorientierter zu gestalten *(vgl BT-Drucks 17/13947 S 38; Ossege in NK-GesundhR, 2. Aufl 2018, § 275 SGB V RdNr 6; ähnlich § 1 Satz 1 PrüfvV 2016)*. Die Regelungen "über die Prüfungsdauer" - die ua in § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 umgesetzt sind - sollten die Beschleunigung des Prüfverfahrens ermöglichen. Perspektivisch versprach sich der Gesetzgeber davon, dass der Aufwand für Rechnungsprüfungen vermindert werde *(vgl BT-Drucks 17/13947 S 37 f)*.

30

Die Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens wird durch § 7 Abs 5 Satz 1 bis 4 PrüfvV 2016 ua dadurch erreicht, dass der MDK seiner Abrechnungsprüfung (nur) die Daten nach § 301 SGB V zugrunde legen muss, die nach Ablauf oder Ausschöpfung der Änderungsmöglichkeiten vorliegen *(so ausdrücklich § 7 Abs 5 Satz 2 PrüfvV 2016)*. Der Regelungszweck würde in sein Gegenteil verkehrt und die Vorschrift weitgehend funktionslos, wenn das Krankenhaus dies nach Abschluss des Prüfverfahrens durch die Änderung des geprüften Teils des Datensatzes wieder zunichtemachen könnte. Damit § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 seinen Zweck erfüllen kann, muss der MDK-Prüfungsumfang auch Konsequenzen für die Durchsetzbarkeit des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses haben. Dieser vorrangige Zweck der Beschleunigung und Konzentration kann zudem nur erreicht werden, wenn die Präklusion nach Abschluss des Prüfverfahrens, insbesondere in einem nachfolgenden Gerichtsverfahren, fortgilt.

31

c) Der Restzahlungsanspruch iH von 2503,47 Euro ist nicht nach § 7 Abs 5 Satz 1 bis 4 PrüfvV 2016 ausgeschlossen. Die vom Krankenhaus mit Schlussrechnung vom 23.11.2017 vorgenommene Datensatzkorrektur fiel zwar in den sachlichen Anwendungsbereich des § 7 Abs 5 PrüfvV 2016. Die nach Fristablauf erfolgte Datensatzkorrektur war aber dennoch wirksam. Denn die Regelung schließt Korrekturen, die zeitnah lediglich das MDK-Prüfergebnis umsetzen, nicht aus.

32

Der sachliche Anwendungsbereich des § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 ist eröffnet, weil Gegenstand der von der KK veranlassten MDK-Prüfung auch die Kodierung der Hauptdiagnose war *(vgl zur Beschränkung der Präklusionswirkung des § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 auf den MDK-Prüfumfang, die aus den dortigen Gründen auch bei der PrüfvV 2016 gilt, Urteil vom 18.5.2021 - B 1 KR 34/20 R)*.

33

Die hier für die Durchsetzung der Nachforderung - auf Basis der DRG T01C - vorgenommene Datenänderung umfasste die Ersetzung der zunächst übermittelte Hauptdiagnose T14.1 durch die - neu übermittelte - Hauptdiagnose T79.3. Diese Änderung des Datensatzes ist vom Wortlaut des § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 erfasst. Denn Gegenstand der von der KK veranlassten MDK-Prüfung war auch die Hauptdiagnose. Nach § 7 Abs 5 Satz 3 PrüfvV ist eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK möglich, wenn diese vor Ablauf der Frist des § 7 Abs 5 Satz 2 PrüfvV beendet ist. Die Korrektur des Datensatzes erfolgte hier erst nach dem Ende der MDK-Begutachtung.

34

Die materielle Präklusion des § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 greift gleichwohl nicht, wenn der MDK im Prüfergebnis eine Änderung des überprüften Datensatzes für geboten hält und das Krankenhaus dem MDK folgend seinen Datensatz in vollem Umfang ändert. So liegt der Fall hier.

35

Die fortbestehende Möglichkeit der Korrektur oder Ergänzung des Datensatzes in diesen Fällen ergibt sich unmittelbar aus dem Regelungszweck. Denn durch eine solche Änderung wird weder das bereits abgeschlossene Prüfverfahren verzögert noch ein neues Prüfverfahren im Hinblick auf den Prüfgegenstand ausgelöst; vielmehr unterwirft sich das Krankenhaus gerade im Hinblick auf den Prüfgegenstand dem durch den MDK festgestellten Prüfergebnis. Dem steht auch nicht die fehlende Bindungswirkung der Einschätzung des MDK entgegen. Zwar kann es zu einem Gerichtsverfahren zwischen Krankenhaus und KK kommen, wenn MDK und KK unterschiedlicher Meinung sind und das Krankenhaus dem MDK folgt. Einem Prüfverfahren durch eine selbstständige und fachlich unabhängige Instanz ist aber immanent, dass es zu einer unterschiedlichen Bewertung zwischen Prüfinstanz und Betroffenen kommen kann (*vgl § 275 Abs 5 Satz 1 SGB V; zur Weisungsfreiheit des MDK gegenüber den KKn vgl zB BSG vom 19.11.2019 - B 1 KR 10/19 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 80 RdNr 18; BSG vom 28.9.2006 - B 3 KR 23/05 R - SozR 4-2500 § 112 Nr 6 RdNr 17; Hess in Kasseler Komm, § 275 SGB V RdNr 12, Stand 1.12.2020; Nebendahl in Spickhoff, Medizinrecht, 3. Aufl 2018, § 275 SGB V RdNr 26)*. Das Prüfverfahren selbst wird dadurch aber nicht wieder eröffnet. Eine KK kann auch innerhalb der Sechs-Wochen-Frist des hier noch anwendbaren § 275 Abs 1c Satz 2 SGB V aF keinen erneuten Prüfauftrag erteilen, wenn er sich im Ergebnis nur gegen das Prüfungsergebnis des MDK richtet. Vielmehr ist die KK gehalten, das Gericht anzurufen.

36

§ 7 Abs 5 Satz 3 und 4 PrüfvV 2016 steht einer solchen nachträglichen Korrektur des Datensatzes nicht entgegen. Danach ist eine Korrektur oder Ergänzung des Datensatzes zwar nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK möglich; im Falle der Vorort-Prüfung nur bis zum Abschluss der Prüfung vor Ort. Der Regelungszweck des § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 gebietet jedoch eine teleologische Reduktion des zu weit gefassten Wortlauts des § 7 Abs 5 Satz 3 und 4 PrüfvV 2016; nichts anderes gilt im Übrigen für den Wortlaut des § 7 Abs 5 Satz 1 und 2 PrüfvV 2016 *(zur verfassungsrechtlichen Zulässigkeit der teleologischen Reduktion vgl BVerfG vom 30.3.1993 - 1 BvR 1045/89 ua - BVerfGE 88, 145, 167 mwN)*. Die teleologische Reduktion eines zu weit gefassten Wortlautes ist dann geboten, wenn dieser Sachverhalte erfasst, die die Vorschrift nach dem erkennbaren Willen des Gesetzgebers nicht erfassen soll *(vgl zB BSG vom 19.2.2002 - B 1 KR 32/00 R - BSGE 89, 167 = SozR 3-2500 § 40 Nr 4 = juris RdNr 11; BVerwG vom 9.2.2012 - 5 C 10/11 - BVerwGE 142, 10 RdNr 15)*. Dies ist hier der Fall. Ohne eine teleologische Reduktion würde die Regelung Sachverhalte - hier die Umsetzung des MDK-Prüfergebnisses - erfassen, die sie nach ihrem objektiven, erkennbaren Regelungszweck nicht erfassen soll. Die - durch den Regelungszweck des § 7 Abs 5 PrüfvV 2016 nicht getragene - Unzulässigkeit der Datenänderung - die zu erheblichen negativen finanziellen Konsequenzen für betroffene Krankenhäuser führen kann - wäre reiner Selbstzweck. Insoweit ist die Regelung auf den ihr nach Sinn und Zweck zugedachten Anwendungsbereich zurückzuführen.

37

Hiernach war das Krankenhaus berechtigt, die Hauptdiagnose zu korrigieren. Denn die Datenkorrektur erfolgte in vollständiger Umsetzung des durch den MDK ermittelten Prüfergebnisses.

38

d) Das Krankenhaus war auch nicht nach Treu und Glauben in Gestalt der Verwirkung oder des widersprüchlichen Verhaltens gehindert, seine Abrechnung zu ändern und eine weitere Vergütung geltend zu machen *(zu dem innerhalb der Verjährungsfrist für Nachforderungen der Krankenhäuser geltenden Grundsatz von Treu und Glauben aus § 242 BGB vgl BSG vom 19.11.2019 - B 1 KR 10/19 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 80 RdNr 12 bis 19)*.

39

Es fehlt schon an dem für die Annahme einer Verwirkung erforderlichen "Zeitmoment". Selbst wenn an den (früheren) Zeitpunkt der vorbehaltlosen Erteilung der ersten Schlussrechnung angeknüpft wird, ist bis zur Erteilung der geänderten Schlussrechnung kein hinreichend langer Zeitraum vergangen. Es lag zwischen der ersten und der geänderten Schlussrechnung kein volles Haushaltsjahr der KK *(vgl hierzu BSG vom 19.11.2019 - B 1 KR 10/19 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 80 RdNr 13)*.

40

Das Krankenhaus verhielt sich auch nicht widersprüchlich *(venire contra factum proprium)*, als es die Prüfergebnisse des MDK umsetzte. Bei einer sowohl auf Seiten der KK als auch auf Seiten des Krankenhauses bestehenden Massenverwaltung sind Korrekturen aufgrund von Abrechnungsfehlern zu erwarten. Es bedarf deshalb grundsätzlich einzelfallbezogener hinzutretender besonderer Umstände, um ein schützenswertes Vertrauen der KK zu begründen, dass keine Nachberechnung erfolgt *(vgl BSG vom 19.4.2016 - B 1 KR 33/15 R - BSGE 121, 101 = SozR 4-2500 § 109 Nr 57, RdNr 20)*. Die KK darf nicht darauf vertrauen, dass der MDK nur Abrechnungsfehler aufdeckt, die zu einer Abrechnungsminderung führen können. Denn die Gutachter des MDK sind auch berechtigt, die KKn und Krankenhäuser darüber zu informieren, dass die aus ihrer Sicht korrekte Kodierung der konkreten Krankenhausbehandlung zu einer höheren Vergütung führen müsste *(zur Mitteilung eines offensichtlichen Korrekturbedarfs an die KKn vgl BSG vom 19.11.2019 - B 1 KR 10/19 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 80 RdNr 18)*. Denn die Ärzte des MDK sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen *(vgl § 275 Abs 5 Satz 1 SGB V)*. Eine Verpflichtung nur im Interesse der KKn tätig zu werden, besteht nicht *(zur Weisungsfreiheit des MDK gegenüber den KKn vgl die Nachweise bei 2.c)*. Ebenso wenig kann die KK darauf vertrauen, dass das Krankenhaus die rechtmäßig erlangten fremden Erkenntnisse nicht zu seinen Gunsten berücksichtigt.

41

3. Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 69 Abs 1 Satz 3 SGB V iVm §§ 291, 288 Abs 1 Satz 2 BGB und § 11 Abs 1 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) iVm § 21 Nr 1 der im Zeitpunkt der Krankenhausbehandlung geltenden "Vereinbarung für den Vereinbarungs- / Pflegesatzzeitraum 2017 nach § 11 Abs. 1 KHEntgG, § 11 Abs. 1 BPflV und § 17 Abs. 1 BPflV a.F." Danach ist die Rechnung des Krankenhauses durch Überweisung innerhalb von drei Wochen nach Rechnungseingang zu zahlen. Ab Überschreitung der Zahlungsfrist sind Verzugszinsen iH von vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu entrichten.

42

4. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO, die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-20