B 1 KR 28/16 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hildesheim (NSB)
Aktenzeichen
S 22 KR 820/12
Datum
12.11.2014
2. Instanz
LSG Niedersachsen-Bremen
Aktenzeichen
L 16/1 KR 541/14
Datum
21.06.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 28/16 R
Datum
23.05.2017
Kategorie
Urteil
Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 21. Juni 2016 und des Sozialgerichts Hildesheim vom 12. November 2014 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 200 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Zahlung von Aufwandspauschalen von insgesamt 200 Euro.

2

Die Klägerin, Trägerin eines für die Behandlung Versicherter zugelassenen Krankenhauses, behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten, am 2008 geborenen Zwillingsgeschwister A. und T. G. stationär vom 22.1. bzw 23.1. bis 4.2.2009. Sie berechnete für die Behandlung von T. G. 10 011,13 Euro (Fallpauschale - Diagnosis Related Group 2009 (DRG) E40A, 9.2.2009) und von A. G. 2726,10 Euro (DRG E70A, 9.2.2009). Die Beklagte beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in beiden Fällen mit folgender Prüfung: "Wurde die korrekte Hauptdiagnose abgerechnet bzw. was hat den Krankenhausaufenthalt veranlasst?" Die Klägerin übersandte dem MDK auf Anforderung (23.2.2009) jeweils den Entlassungs- und Kumulativbericht. Die Beklagte teilte der Klägerin mit, nach nochmaliger interner Prüfung von einer Vorlage beim MDK abzusehen. Die Klägerin forderte von der Beklagten vergeblich insgesamt 200 Euro Aufwandspauschalen. Das SG hat die Beklagte zur Zahlung von 200 Euro nebst Zinsen verurteilt (Urteil vom 12.11.2014). Deren - zugelassene - Berufung ist beim LSG ohne Erfolg geblieben: Es habe sich um eine Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs 1c SGB V gehandelt. Im Übrigen habe der Gesetzgeber mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) vom 10.12.2015 (BGBl I 2229) durch Ergänzung des § 275 Abs 1c SGB V um einen S 4 klargestellt, dass sich ua die Regelungen zur Aufwandspauschale in S 3 auf jede Prüfung der Abrechnung einer stationären Behandlung bezögen und damit auch auf Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit (Urteil vom 21.6.2016).

3

Mit ihrer - vom Senat zugelassenen - Revision rügt die Beklagte die Verletzung von § 275 Abs 1 Nr 1, § 275 Abs 1c S 1 und § 301 SGB V sowie sinngemäß von § 69 Abs 1 S 3 SGB V iVm § 133 BGB. Das LSG habe den an den MDK erteilten Prüfauftrag fehlerhaft ausgelegt. Der Prüfauftrag habe die richtige Kodierung und Abrechnung und damit die sachlich-rechnerische Richtigkeit der geforderten Vergütung betroffen.

4

Die Beklagte beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 21. Juni 2016 und des Sozialgerichts Hildesheim vom 12. November 2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

5

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die Revision der beklagten KK ist zulässig. Dies gilt auch bezüglich des geltend gemachten Zinsanspruchs. Zwar erstreckt sich die Revisionsbegründung (§ 164 Abs 2 S 1 SGG) nicht auf den Zinsanspruch (zum Begründungserfordernis für jeden Streitgegenstand: Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl 2014, § 164 RdNr 9d mwN; Hauck in Zeihe/Hauck, SGG, Stand August 2016, § 164 Anm 21a Buchst bb mwN). Das fehlende Vorbringen zur Nebenforderung ist aber unschädlich, weil die mit der Revision auch insoweit angestrebte kassatorische Entscheidung nach der Revisionsbegründung denknotwendig von der Entscheidung über den Hauptanspruch abhängt (stRspr, zB BSG Urteil vom 31.5.2016 - B 1 KR 38/15 R - Juris RdNr 7, für BSGE und SozR 4-7912 § 96 Nr 1 vorgesehen; BSG Urteil vom 23.6.2015 - B 1 KR 24/14 R - Juris RdNr 7; BSGE 102, 10 = SozR 4-2500 § 264 Nr 2, RdNr 8; Leitherer aaO; Hauck in Zeihe/Hauck, aaO, Anm 27e Buchst bb).

8

Die Revision der Beklagten ist auch begründet (§ 170 Abs 2 S 1 SGG). Zu Unrecht hat das LSG die Berufung der Beklagten gegen das sie verurteilende SG-Urteil zurückgewiesen. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12). Die Klage ist jedoch unbegründet. Das SG hat die Beklagte zu Unrecht zur Zahlung von 200 Euro nebst Zinsen verurteilt. Die Voraussetzungen für die Zahlung von Aufwandspauschalen nach § 275 Abs 1c S 3 SGB V sind nicht erfüllt. Denn das Gesetz begrenzt den Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale auf die Abrechnungsprüfung bei Auffälligkeit wegen Unwirtschaftlichkeit. Die Prüfung der Auffälligkeit (dazu 1.) ist von der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit zu unterscheiden (dazu 2.). Das Prüfregime der sachlich-rechnerischen Richtigkeit wird nicht durch jenes der Auffälligkeitsprüfung verdrängt (dazu 3.). Ein Fall der Auffälligkeitsprüfung liegt hier nicht vor (dazu 4.).

9

1. Wie der Senat bereits mehrfach entschieden hat (vgl zuletzt Urteil vom 28.3.2017 - B 1 KR 23/16 R; Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - Juris RdNr 9 ff mwN, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen), ist der Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale eine eng auszulegende Ausnahmeregelung. Sie zielt nur auf die Einschränkung von solchen Prüfungen ab, die KKn ohne berechtigten Anlass, ggf gar durch "missbräuchliche" Prüfungsbegehren eingeleitet haben, nicht aber zB auf Verfahren, zu denen es durch ein Fehlverhalten des Krankenhauses gekommen ist (vgl BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 21). Der erkennende Senat hat die weitergehende Auffassung des früher auch zuständigen 3. Senats aufgegeben (vgl BSG Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - Juris RdNr 9, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen: Aufgabe von BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 16 RdNr 20 f). Hierbei muss die KK den MDK wegen einer Auffälligkeit gezielt beauftragt haben, eine gutachtliche Stellungnahme abzugeben mit dem Ziel, in Verfolgung des Wirtschaftlichkeitsgebots zu einer Verminderung der Vergütung zu gelangen, dh eine Verminderung des (möglicherweise) vom Krankenhaus zu hoch angesetzten Abrechnungsbetrages zu erreichen (vgl BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 13). Die Gesetzeskonzeption der Auffälligkeitsprüfungen von Unwirtschaftlichkeit folgt aus dem Wortlaut (dazu a) in Einklang mit der Entwicklungsgeschichte der Norm (dazu b) und dem Zweck der Prüfung (dazu c).

10

a) Nach dem Gesetzeswortlaut sind die KKn gemäß § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V (idF durch Art 1 Nr 6b Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.4.2002, BGBl I 1412, mWv 1.1.2003) verpflichtet, "( ) in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist ( ), bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung ( ) eine gutachtliche Stellungnahme" des MDK einzuholen. In Bezug auf die Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V ordnet § 275 Abs 1c S 1 SGB V an, dass eine Prüfung nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V zeitnah durchzuführen ist. Die Zeitnähe wird in § 275 Abs 1c S 2 SGB V (mWv 1.4.2007 eingefügt durch Art 1 Nr 185 Buchst a GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.3.2007, BGBl I 378) dahin präzisiert, dass die Prüfung spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der KK einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ist. § 275 Abs 1c S 3 SGB V (idF des Art 3 Nr 8a Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz) vom 17.3.2009, BGBl I 534) bestimmt sodann: "Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten."

11

b) Die Entwicklungsgeschichte des Gesetzes unterstreicht, dass die Auffälligkeitsprüfung dazu dient, die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs 1 SGB V) zu sichern. So lag es bereits unter Geltung der RVO. Auch bei der Regelung des § 275 Abs 1 SGB V ging und geht es im Falle der Leistungen von Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V in erster Linie um die Einflussnahme auf das Behandlungsgeschehen vor und während der Leistungserbringung. Der MDK soll prüfen, ob das Krankenhaus Leistungen erbringt und abrechnet, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (§ 12 Abs 1 SGB V).

12

Der Einleitungssatz des § 275 Abs 1 SGB V bezeichnet als Voraussetzung für die Einschaltung des MDK zunächst die gesetzlich bestimmten Fälle und sodann als Anhaltspunkte für die Auswahl der erforderlichen Fälle, in denen eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen ist, die Art, Schwere, Dauer, Häufigkeit der Erkrankung oder den Krankheitsverlauf (vgl Begründung des Entwurfs eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz - GRG) der Fraktionen der CDU/CSU und der FDP, BT-Drucks 11/2237 S 231 f = Gesetzentwurf der BReg, BR-Drucks 200/88 S 231 f, jeweils zu Art 1 (SGB V) § 283). Die Begründung zu § 283 Abs 1 SGB V des Entwurfs, der als § 275 Abs 1 SGB V unverändert Gesetz wurde, geht davon aus, dass diese Regelung zusammen mit den anderen Regelungen des Abs 1 inhaltlich der Vorschrift des § 369b Abs 1 RVO und den Richtlinien der KKn mit dem Vertrauensärztlichen Dienst nach § 369b Abs 5 RVO entspricht (vgl Begründung zum Entwurf eines GRG, BT-Drucks 11/2237 S 231 = BR-Drucks 200/88 S 231). Gegenstand der Regelung des § 369b Abs 1 Nr 1 RVO war es, die Verordnung von Versicherungsleistungen in den erforderlichen Fällen durch einen Arzt (Vertrauensarzt) "rechtzeitig" nachprüfen zu lassen. Für die Krankenhausbehandlung bedeutete dies die beratende Mitwirkung bei der Gewährung oder Weitergewährung der Leistung (vgl Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Teil II, Stand Juli 1987, § 369b RVO Anm 7). Ergänzend sollten Richtlinien über die Zusammenarbeit der KKn mit dem Vertrauensärztlichen Dienst nach § 369b Abs 5 RVO dazu beitragen, dass die den KKn aufgrund der Aufgaben nach § 369b Abs 1 RVO obliegende Prüfung vor allem der Verweildauer im Krankenhaus verbessert werde (vgl BT-Drucks 9/2074 S 100). Die oben aufgezeigten Anhaltspunkte für die Fallauswahl knüpfen nach Auffassung der Gesetzesmaterialien des GRG an diese Richtlinien an (vgl Begründung zum Entwurf eines GRG, BT-Drucks 11/2237 = BR-Drucks 200/88 S 231). Dies findet seinen unmissverständlichen Niederschlag auch in der ersten Alternative der Nr 1 des § 275 Abs 1 SGB V. Dort ist von der "Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung" die Rede.

13

Die zweite Alternative "Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung" (eingefügt durch Art 1 Nr 6b FPG mWv 1.1.2003 in § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V) schließt an den durch den Einleitungssatz vorgegebenen Regelungskontext der Anhaltspunkte für die Fallauswahl an, nicht etwa an eine eigenständige abweichende Regelung. Die Auffälligkeiten, die zu Abrechnungsprüfungen verpflichten, ergeben sich aus der Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder dem Krankheitsverlauf. Sie folgen letztlich daraus, dass das Krankenhaus die Versicherten nicht wirtschaftlich iS von § 12 Abs 1 SGB V behandelt und deswegen die Abrechnung nicht ordnungsgemäß ist. Der Gesetzgeber des FPG stellte entsprechend der vom Ausschuss für Gesundheit vorgeschlagenen Ergänzung des § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V klar, dass "in Einzelfällen bei Auffälligkeiten auch die Rechnungslegung" durch den MDK geprüft werden kann (vgl Begründung im Ausschussbericht, BT-Drucks 14/7862 S 6). Der Ausschuss erläuterte den Anwendungsbereich der Auffälligkeitsprüfung dahingehend, dass sie "z. B. für Leistungen, die vor der Behandlung genehmigt wurden oder für die eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben wurde, aber auch für Leistungen, die nicht genehmigungsbedürftig sind" (vgl Begründung im Ausschussbericht, BT-Drucks 14/7862 S 6) gelte. Die Rspr sah dementsprechend kontinuierlich - schon unter Geltung der RVO - die Prüfung der Erforderlichkeit der Verweildauer als Ausdruck der Prüfung des Gebots der Wirtschaftlichkeit durch den MDK/Vertrauensärztlichen Dienst an (vgl BSGE 70, 20, 24 = SozR 3-2500 § 39 Nr 1 = Juris RdNr 20).

14

Das GKV-WSG änderte die Grundkonzeption der Auffälligkeitsprüfungen der Wirtschaftlichkeit nicht. Es sah von einer Änderung des § 275 Abs 1 SGB V ab, führte aber Einschränkungen der Auffälligkeitsprüfungen mit den Regelungen des § 275 Abs 1c SGB V ein. Soweit die Gesetzesmaterialien hierbei die Vorstellung aufscheinen lassen, dass Fehlabrechnungen "aufgrund von Umfang und Komplexität der Kodierregeln" in den Anwendungsbereich des § 275 Abs 1c SGB V fallen sollen (vgl Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD eines GKV-WSG, BT-Drucks 16/3100 S 171), bleiben sie in ihren rechtlichen Grundannahmen diffus. Der in der Norm zum Ausdruck kommende objektivierte Wille des Gesetzgebers, wie er sich aus dem Wortlaut der Vorschrift und dem Sinnzusammenhang ergibt, in den sie hineingestellt ist (vgl BVerfGE 1, 299, 312; 11, 126, 130 f; 105, 135, 157; stRspr), lässt eine solche Vorstellung nicht erkennen.

15

c) Das Gesetz gibt dem MDK bei Auffälligkeitsprüfungen in ihrem aufgezeigten Anwendungsbereich zweckentsprechend weitgehende Informationsrechte. Er bedarf dieser regelmäßig zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit. Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten bei erforderlicher Krankenhausbehandlung in unwirtschaftlichem Umfang, hat es allenfalls Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten anfiele (stRspr, vgl zB BSGE 118, 155 = SozR 4-2500 § 39 Nr 23, RdNr 14 mwN; BSG Urteil vom 10.3.2015 - B 1 KR 3/15 R - Juris RdNr 27; BSGE 118, 219 = SozR 4-2500 § 109 Nr 43, RdNr 11 mwN; BSGE 116, 138 = SozR 4-2500 § 12 Nr 4, RdNr 26; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 52 RdNr 18). So sind etwa in Fällen, in denen die Verweildauer teilweise nicht erforderlich ist, die nicht erforderlichen Tage der Krankenhausbehandlung bei der Vergütung nicht zu berücksichtigen. Die Prüfung erfordert regelmäßig individuelle Daten über den Behandlungsverlauf des Versicherten, die der KK und damit auch dem MDK nicht vorliegen. Deshalb darf der MDK Sozialdaten nach § 276 Abs 2 SGB V erheben und speichern, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 SGB V erforderlich ist. Haben die KKn oder der MDK für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Abs 1 bis 3 SGB V erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern angefordert, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den MDK zu übermitteln. Die rechtmäßig erhobenen und gespeicherten Sozialdaten dürfen nur für die in § 275 SGB V genannten Zwecke verarbeitet oder genutzt werden, für andere Zwecke, soweit dies durch Rechtsvorschriften des SGB angeordnet oder erlaubt ist. Wenn es im Einzelfall zu einer gutachtlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung des Versicherten erforderlich ist, sind gemäß § 276 Abs 4 SGB V die Ärzte des MDK befugt, zwischen 8:00 und 18:00 Uhr die Räume der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu betreten, um dort die Krankenunterlagen einzusehen und, soweit erforderlich, den Versicherten untersuchen zu können.

16

2. Das Gesetz unterscheidet nach der Gesamtrechtssystematik die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit von den vorgenannten Prüfungen bei Auffälligkeit. Es überantwortet den KKn die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung, wenn Krankenhäuser GKV-Versicherte pflichtgemäß (vgl § 39, § 109 Abs 4 S 2 SGB V) behandeln. Das Überprüfungsrecht der KKn auf sachlich-rechnerische Richtigkeit besteht unabhängig von den engeren Anforderungen einer Auffälligkeitsprüfung (§ 275 SGB V; stRspr, vgl zB BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 24 mwN). Es unterliegt einem eigenen Prüfregime (stRspr, vgl zB BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 §

301 Nr 4, RdNr 17). Hiervon ist das LSG nur teilweise im Ansatz zutreffend ausgegangen. Es hat die Prüfaufträge der Beklagten rechtsfehlerhaft als Prüfungen bei Auffälligkeit iS von § 275 Abs 1c S 1 SGB V ausgelegt, obwohl sie die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung betreffen. Das Prüfregime für die sachlich-rechnerische Richtigkeit dient dazu, die Einhaltung der Abrechnungs- und Informationspflichten der Krankenhäuser zu überwachen (dazu a). Es beruht auf § 69 Abs 1 S 3 SGB V in Verbindung mit den allgemeinen bürgerlich-rechtlichen Grundsätzen der Rechnungslegung (dazu b) in Einklang mit der historischen Gesetzesentwicklung (dazu c). Das Gesetz lässt die erforderliche Übermittlung der Sozialdaten an die KK für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit zweckgerecht zu (dazu d). Weder die Regelungen der Stichprobenprüfung (dazu e) noch die Gesetzesänderungen zum 1.1.2016 (dazu f) schließen die Anwendung der Grundsätze der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung bis zum 31.12.2015 aus.

17

a) Die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung betrifft die Erfüllung der gesetzlichen und untergesetzlichen Informations- und Abrechnungs-Vorgaben für das Krankenhaus durch zutreffende tatsächliche Angaben und rechtmäßige Abrechnung auf dieser Grundlage. Das Krankenhaus verschafft damit der KK Kenntnis vom abrechnungsrelevanten Behandlungsgeschehen und der Anwendung der hierauf bezogenen Abrechnungsregelungen. Dieser Prüfung kommt seit Einführung des Fallpauschalen-(DRG-)Systems durch § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eine besondere Bedeutung zu. Während vor Einführung der Fallpauschalen Gegenstand der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit im Wesentlichen - abgesehen von Besonderheiten bei Sonder- und Zusatzentgelten - die zutreffende Anzahl der Pflegesatztage (vgl § 14 Abs 2 S 1 Bundespflegesatzverordnung idF der VO zur Neuordnung des Pflegesatzrechts vom 26.9.1994, BGBl I 2750; dazu BSG SozR 4-2500 § 39 Nr 5 RdNr 10), die generelle Abrechnungsfähigkeit und die anderweitig bestimmte Höhe der einschlägigen Pflegesätze war, umfasst die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung bei DRG-Krankenhäusern seit Einführung der Fallpauschalen die viel umfassenderen und differenzierteren Grundlagen und Vorgaben der DRG-Abrechnung.

18

Nach der Gesetzeskonzeption geben die Regeln des Krankenhausentgeltgesetzes teilweise selbst und teilweise durch Verweis auf Normenverträge zwingend vor, dass von DRG-Krankenhäusern Fallpauschalen und wie diese abzurechnen sind. Für die Abrechnungsprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Fallpauschalen erhalten die KKn die Daten nach § 301 SGB V. Der Gesetzgeber hat die zu übermittelnden Daten mit Einführung des DRG-Systems an den hierdurch geänderten Bedarf angepasst. Er hat wegen ihrer wesentlichen Bedeutung für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung bestimmt, dass, wenn Versicherte der privaten Krankenversicherung von der Möglichkeit einer direkten Abrechnung zwischen dem Krankenhaus und dem privaten Krankenversicherungsunternehmen Gebrauch machen, die Daten entsprechend § 301 SGB V im Wege des elektronischen Datenaustausches an das private Krankenversicherungsunternehmen zu übermitteln sind, wenn die Versicherten hierzu schriftlich ihre Einwilligung, die jederzeit widerrufen werden kann, erklärt haben (vgl § 17c Abs 5 S 2 KHG eingefügt durch Art 2 Nr 5 FPG vom 23.4.2002, BGBl I 1412, gemäß Art 7 Abs 1 FPG mWv 30.4.2002). Funktionell entsprechen die Angaben weitgehend jenen, die das Krankenhaus selbstzahlenden Patienten zur Rechnungsprüfung zu machen hat. Dies sind die für die Abrechnung der Fallpauschalen und Zusatzentgelte erforderlichen Diagnosen, Prozeduren und sonstigen Angaben, die es mit der Rechnung zu übersenden hat (vgl § 17c Abs 5 S 1 KHG). Das Gesetz trägt damit der asymmetrischen Informationslage zwischen Krankenhaus und KK Rechnung. Denn das Krankenhaus verfügt umfassend über alle erforderlichen Informationen, um die Rechtmäßigkeit seiner Vergütungsforderung gegen die KK zu beurteilen, während die KK nur eingeschränkt Informationen hierüber erhält. Das Gesetz zielt darauf ab, bestehende Ungleichgewichte aufgrund des Informationsgefälles zwischen Krankenhaus und KK durch diese Informationsgebote auszugleichen, und lehnt zudem die Vermutung für die Richtigkeit der Krankenhausabrechnung ab (vgl dazu BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 29; BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, LS 3 und RdNr 20 bis 22 mwN; BSGE 116, 130 = SozR 4-2500 § 276 Nr 6, RdNr 20 mwN; BSGE 117, 82 = SozR 4-2500 § 109 Nr 40, RdNr 21).

19

Die Notwendigkeit einer Kontrolle der vom Krankenhaus der KK übermittelten Abrechnungen und Informationen erwächst auch und gerade daraus, dass KKn und private Krankenversicherungsunternehmen mit den ICD-10-GM und OPS-Angaben regelmäßig keine Informationen erhalten, die den Behandlungsfall in seinen konkreten Einzelheiten unmittelbar abbilden und den medizinischen Sachverhalt vollständig wiedergeben. Maßgebliche nach § 301 SGB V zu übermittelnde Behandlungsdaten sind keine Fakten, sondern Ergebnisse rechtlicher Subsumtion vornehmlich nach Maßgabe von ICD-10-GM (vgl zB BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 15 ff), OPS (vgl zB BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 7 f; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 3 RdNr 14), Deutschen Kodierrichtlinien (vgl zB BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 5 RdNr 15 f), Fallpauschalenvereinbarung und Groupierung (ausführlich zum Zusammenspiel der einzelnen Berechnungselemente BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2). Die verschlüsselten Angaben lassen aus sich heraus vielfach nicht erkennen, welchen konkreten Sachverhalt das Krankenhaus seiner Subsumtion zugrunde gelegt hat. Das belegen auch die Erkenntnisse in den Gesetzesmaterialien zu § 17c Abs 2 KHG (idF durch Art 2 Nr 5 FPG). Danach können die KKn bei Eingang der Rechnung zwar formal prüfen, ob für die vom Krankenhaus angegebenen Haupt- und Nebendiagnosen und Prozeduren (zB Operationen) die entsprechende DRG-Fallpauschale abgerechnet wird. Sie können jedoch nicht prüfen, ob die angegebenen Diagnosen dem tatsächlichen Behandlungsfall entsprechen. Schon geringfügig abweichende Hauptdiagnosen oder unzutreffend angegebene Nebendiagnosen können zur Eingruppierung in eine höher bezahlte DRG-Fallgruppe oder einen höher vergüteten Schweregrad führen. Dabei sind Abrechnungsunterschiede von mehreren Tausend Euro möglich (vgl Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eines FPG, BT-Drucks 14/6893 S 34 zu Abs 2 von § 17c KHG). Dringlich ist eine gesetzeskonforme Kontrollmöglichkeit auch vor dem Hintergrund, dass es schon lange Zeit nicht mehr um Anfängerfehler bei Neueinführung eines komplexen Abrechnungssystems geht, wie es mit dem FPG 2002 in Rede stand, sondern um mittlerweile seit über zehn Jahren etablierte Abrechnungsverfahren, bei denen von allen professionell Beteiligten hochspezialisierte Fachkräfte zur Überprüfung eingesetzt werden.

20

b) Die Gesetzeskonzeption einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausabrechnung entspricht dem von § 69 Abs 1 S 3 SGB V berufenen Regelungssystem des Bürgerlichen Rechts. Schon nach allgemeinen Grundsätzen des Bürgerlichen Rechts dient eine Rechnung der textlichen Fixierung einer vom Gläubiger geltend gemachten Entgeltforderung und muss erkennen lassen, in welcher Höhe

der jeweilige Betrag für welche Leistung verlangt wird, um eine sachgerechte Überprüfung zu ermöglichen (vgl zB zum in der Regelung des § 286 Abs 3 BGB enthaltenen Begriff der Rechnung BGH Urteil vom 16.7.2009 - III ZR 299/08 - NJW 2009, 3227 = Juris RdNr 11; zur erforderlichen näheren Spezifizierung einer Detektivrechnung vgl BGHZ 111, 168 = NJW 1990, 2060 = Juris RdNr 23). Die Berechtigung des Schuldners, die Rechnung zu überprüfen und die Bezahlung von sachlich-rechnerisch Unrichtigem zu verweigern, ist der Rechtsordnung immanent. Wer sich auf eine Ausnahme von dieser Regel beruft, muss sich auf eine Rechtsgrundlage stützen können. Eine solche Ausnahmeregel für die Krankenhausvergütung Versicherter besteht nicht.

21

Diese Grundsätze gelten erst recht, wenn die Rechtsordnung besondere Anforderungen an die Abrechnung stellt, wie es bei Fallpauschalen für Krankenhausvergütung der Fall ist. Wie beim Erfordernis der Prüffähigkeit einer Architektenschlussrechnung (vgl hierzu BGHZ 139, 111 = NJW 1998, 3123 = Juris RdNr 7 mwN; Entsprechendes gilt zB nach § 12 Gebührenordnung für Ärzte) sollen die zwingenden Abrechnungserfordernisse für die Fallpauschalen die KKn als Auftraggeber der Krankenhäuser im Rechtssinne (§ 109 Abs 4 S 2 SGB V) in die Lage versetzen, die Rechnungen zu prüfen und die Richtigkeit der einzelnen Ansätze zu beurteilen. Dementsprechend systemgerecht ist § 301 SGB V von einem Ring anderer Regelungen zu Abrechnungsprüfungen umgeben, deren es zur Transparenz von Datentransfer und -nutzung unter Achtung des Gebots der informationellen Selbstbestimmung der versicherten Patienten bedarf (vgl §§ 295 bis 300, §§ 301a bis 303 SGB V). Denn die hierin liegende Beschränkung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung der versicherten Patienten bedarf nach Art 2 Abs 1 GG einer verfassungsmäßigen gesetzlichen Grundlage, aus der sich die Voraussetzungen und der Umfang der Beschränkungen klar erkennbar ergeben. Sie muss dem rechtsstaatlichen Gebot der Normenklarheit entsprechen (stRspr, vgl BVerfGE 65, 1, 43 f; BVerfGE 115, 320, 345; BVerfG SozR 4-1300 § 25 Nr 1 RdNr 20; BVerfG Beschluss vom 2.12.2014 - 1 BvR 3106/09 - Juris RdNr 30; s auch BSGE 98, 129 = SozR 4-2400 § 35a Nr 1, RdNr 20 ff) und den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit beachten (BVerfGE 65, 1, 44 mwN; BSGE 98, 129 = SozR 4-2400 § 35a Nr 1, RdNr 23; vgl zum Ganzen auch BSGE 117, 224 = SozR 4-2500 § 291a Nr 1, RdNr 24).

22

Die Regelung des § 301 SGB V ist allerdings nicht mit "Abrechnungsprüfung Krankenhaus" überschrieben. Denn sie betrifft nicht ausschließlich die Zurverfügungstellung von Daten zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausabrechnung, weil die Regelung auch bei Abrechnung tagesgleicher Pflegesätze gilt. Dort ist der Anwendungsbereich der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausabrechnung - wie dargelegt - beschränkt, weil regelmäßig lediglich die tatsächliche Verweildauer, die generelle Abrechnungsfähigkeit und die Höhe der Pflegesätze hierfür maßgeblich sind.

23

c) Die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit findet ihre Verankerung auch in den Gesetzesmaterialien und der Entwicklungsgeschichte. So führt die Gesetzesbegründung zum FPG aus, durch die Regelung des § 17c Abs 5 S 2 KHG "wird dem Tatbestand Rechnung getragen, dass die Daten nach § 301 SGB V, die für die Entwicklung des DRG-Vergütungssystems nach § 17b KHG maßgeblich sind, zukünftig grundsätzlich sowohl für private wie gesetzliche KKn von entscheidender Bedeutung für die Rechnungsprüfung sind" (vgl Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eines FPG, BT-Drucks 14/6893 S 34 zu Abs 5 von § 17c KHG). Die KKn der gesetzlichen Krankenversicherung sollen nicht etwa hinter den Befugnissen privater Krankenversicherer zurückstehen. Vielmehr bilden ihre Rechte der Rechnungsprüfung auf der Grundlage der Daten nach § 301 SGB V den Maßstab für die Rechte privater Krankenversicherer.

24

Schon unter Geltung der RVO bestand in der Sache die normativ vorgegebene Prüfung der korrekten Abrechnung des tatsächlichen Behandlungsgeschehens (vgl zB BSGE 61, 197 = SozR 7323 § 9 Nr 1). Sie umfasste insbesondere etwa die zutreffende Zahl der Behandlungstage, den Abschluss eines öffentlich-rechtlichen statusbegründenden Vertrags, durch den der Krankenhausträger zur Versorgung der Versicherten zugelassen wird (vgl § 371 RVO und hierzu zB BSGE 78, 233 = SozR 3-2500 § 109 Nr 1; BSGE 78, 243, 247 = SozR 3-2500 § 109 Nr 2; zum konstitutiven Charakter entsprechender Verträge nach SGB V vgl auch BSG Urteil vom 21.2.2006 - B 1 KR 22/05 R - USK 2006-14), und die richtige Veranschlagung der anderweit festgelegten Höhe der Pflegesatzvergütung pro Tag.

25

d) Das Gesetz erlaubt es den Krankenhäusern, die für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit erforderlichen Sozialdaten den KKn zu übermitteln (vgl § 301 SGB V). Das Gesetz geht hierbei von dem Regelfall aus, dass die in der Abrechnung und Datenübermittlung enthaltenen Angaben zutreffend und vollständig sind. Denn § 301 SGB V gebietet, wahre Angaben zum Behandlungsgeschehen zu machen, die Fehlvorstellungen der KKn über das konkrete, abrechnungsrelevante Behandlungsgeschehen ausschließen. Das Krankenhaus, das die erforderlichen Behandlungsdaten nicht unmittelbar der KK nach § 301 SGB V zur Verfügung stellt, darf sich in entsprechender Anwendung des § 276 Abs 2 SGB V wie bei Auffälligkeitsprüfungen (vgl § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V) zur Erfüllung dieser Verpflichtungen des MDK bedienen. Denn es ist rechtlich, auch datenschutzrechtlich unerheblich, ob das Krankenhaus die - vollständigen - Daten nach § 301 SGB V an die KK weiterleitet, die ihrerseits verpflichtet ist, dem MDK "die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen" zur Verfügung zu stellen (§ 276 Abs 1 S 1 SGB V) oder ob das Krankenhaus im Einverständnis mit der KK die Daten direkt dem MDK zur Verfügung stellt. Das Krankenhaus ist nicht etwa aus datenschutzrechtlichen Gründen zur irreführenden Falschabrechnung gezwungen.

26

Die Gesetzeskonzeption einer Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausabrechnung durch die KKn entspricht vielmehr dem gesetzlichen Regelungsziel der Einführung von Fallpauschalen: Das Leistungsgeschehen im Krankenhausbereich transparenter zu machen, die Wirtschaftlichkeit zu fördern und die im System tagesgleicher Pflegesätze angelegten Fehlanreize insbesondere zur Verlängerung der Verweildauer zu beseitigen. Die direkte Verknüpfung der erbrachten Leistungen mit der Vergütung soll dazu beitragen, dass die Ressourcen krankenhausintern wie auch krankenhausübergreifend bedarfsgerechter und effizienter eingesetzt werden (vgl Gesetzentwurf eines FPG, BT-Drucks 14/6893 S 26, Ziele). Das zwingende Abrechnungssystem der Fallpauschalen mit dem hierauf

abgestimmten Gebot an die Krankenhäuser, die KKn über die gesetzlich bestimmten Abrechnungsgrundlagen zu informieren, zielt gerade auf das Prüfregime der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. KKn haben nur die Leistungen zu vergüten, die Krankenhäuser tatsächlich erbracht haben. Hierfür genügt es nicht, dass das Krankenhaus eine Leistung bloß abrechnet. Es muss sie tatsächlich bewirkt haben. Das Gesetz schützt Krankenhäuser nicht, wenn sie unvollständige oder unzutreffende Angaben über das tatsächliche Behandlungsgeschehen machen. Insoweit gilt keine Abweichung gegenüber der allgemeinen Rechtsordnung, die dies sogar als strafrechtsrelevant ansehen kann.

27

Die Zweckgerechtigkeit des Prüfregimes der sachlich-rechnerischen Richtigkeit wird umso deutlicher, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die DRG-Abrechnung und die hierzu gebotene Information der KKn nur dann die vom Gesetz erstrebte Steuerungsfunktion einnehmen können, wenn sie wahrheitsgemäß und hinreichend vollständig erfolgen. Dies steht in Einklang mit den allgemeinen Grundsätzen des Bürgerlichen Rechts, die ergänzend heranzuziehen sind. Das Gebot wahrer Tatsachenangaben für die Abrechnung steht zugleich auch in Harmonie mit der Werteordnung des Grundgesetzes, ohne dass dies hier weiterer Ableitung bedarf. In diesem Sinne betont der erkennende Senat in stRspr, dass eine ordnungsgemäße Information der KK unverzichtbare Grundlage und Bestandteil einer ordnungsgemäßen Abrechnung ist. Fehlt es an einer dieser Angaben, so tritt mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein (vgl BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 31).

28

Es entspricht nicht nur den aufgezeigten gesetzlichen Vorgaben, 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 BSG Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - Juris RdNr 27 ff, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr 4, RdNr 16 ff; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 3 RdNr 17; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 5 RdNr 20).

29

e) Die gesetzlichen Regelungen der Stichprobenprüfung stehen der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung nicht entgegen. Weder die Ursprungsfassung zur Stichprobenprüfung des § 17c Abs 2 KHG - eingefügt durch Art 2 Nr 5 FPG - noch ihre Änderung durch Art 18 Nr 5 Buchst a GKV-WSG schließt eine verdachtsbezogene Prüfung im Einzelfall aus. Das belegen auch die oben beschriebenen Änderungen des § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V und des § 301 SGB V bei Einführung der Fallpauschalen. Wie bereits dargelegt, wollte das FPG die effektive Durchsetzung des Rechnungsprüfungsanspruchs der KKn im Einzelfall ermöglichen, nicht etwa verhindern. Die Änderung der Regelung des § 17c Abs 1 S 2 KHG (eingefügt durch Art 5c Nr 2 Buchst b Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, BGBl I 2423) war rein redaktionell (unzutreffend SG Speyer ua Urteil vom 20.5.2016 - S 19 KR 107/15 - Juris RdNr 21). Der sich anschließende neu gefasste § 17c Abs 2 KHG beauftragt den Spitzenverband Bund der KKn und die Deutsche Krankenhausgesellschaft lediglich damit, die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens nach § 275 Abs 1c SGB V vorzunehmen (vgl dazu auch Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss), BT-Drucks 17/13947 S 38; BSG Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - Juris RdNr 29, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen).

30

f) Der erkennende Senat muss es sich versagen, mit der Vorinstanz (vgl in der Tendenz ähnlich zB Huster/Ströttchen, KrV 2017, 45, bei Fn 6, die im Übrigen § 301 SGB V und das Gesamtsystem unter Nutzung aller Auslegungsmethoden nur unzureichend würdigen) der Anfügung eines S 4 an § 275 Abs 1c SGB V durch Art 6 Nr 21a KHSG vom 10.12.2015 (BGBl I 2229) mit Wirkung vom 1.1.2016 (vgl Art 6 Nr 21a, Art 9 Abs 1 KHSG) Rückwirkung beizumessen. Der Senat würde damit die Grenzen richterlicher Rechtsfortbildung verletzen (vgl zu den Grenzen zB BVerfG Beschluss vom 23.5.2016 - 1 BvR 2230/15 - NJW-RR 2016, 1366 = Juris RdNr 37 ff; BSGE 119, 150 = SozR 4-5560 § 17c Nr 3, RdNr 21 f; Hauck in Grundlagen und Herausforderungen des Sozialstaats, Bundessozialgericht und Sozialstaatsforschung Bd 2, 2015, S 299, 300 ff, alle mwN). Eine rückwirkende Rechtsanwendung des § 275 Abs 1c S 4 SGB V auf vor dem 1.1.2016 liegende Sachverhalte findet in Wortlaut, Entstehungsgeschichte, Regelungssystem und Regelungszweck keine Stütze. Nach dem Wortlaut ist als Prüfung nach S 1 "jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses" anzusehen, mit der die KK den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert. Die Regelung ist "am 1. Januar 2016 in Kraft" getreten (vgl Art 6 Nr 21a, Art 9 Abs 1 KHSG), nicht etwa im Januar 2009. Die Gesetzesmaterialien führen hierzu aus, mit der "Neuregelung" des § 275 Abs 1c S 4 SGB V werde "nunmehr" bestimmt, dass sich die Fristen- und Anzeigeregelung des S 2 und die Regelung zur Aufwandspauschale in S 3 auf jede Prüfung der Abrechnung einer stationären Behandlung beziehe, mit der eine KK den MDK beauftrage und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordere. Dies gelte "sowohl für die vom 1. Senat des BSG angesprochenen Auffälligkeitsprüfungen als auch für die Prüfungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit" (vgl Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf eines KHSG, BT-Drucks 18/6586 S 110).

31

3. Das Prüfregime der sachlich-rechnerischen Richtigkeitskontrolle wird nicht dadurch verlassen, dass die KK unter Mitwirkung des MDK überprüft, ob ihr das Krankenhaus für die Abrechnung pflichtgemäß zutreffende Tatsachen mitgeteilt hat. Die Pflicht zur Angabe zutreffender Tatsachen bei der Abrechnung ist nicht etwa deshalb eingeschränkt, weil die gebotene Information der KKn verschlüsselt im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern erfolgt und sich zum Teil als Subsumtionsvorgang darstellt, der die zugrunde liegenden Fakten verdeckt. In der Übermittlung der nach den Abrechnungsbestimmungen verschlüsselten Information - etwa der Diagnose nach ICD-10 oder dem OPS-Code - an die KK liegt zugleich die implizite Tatsachenbehauptung des Krankenhauses, es habe beim Versicherten die Befunde erhoben, die die angegebene Diagnose als rechtlich relevanter Abrechnungsbegriff rechtfertigen, und die medizinischen Behandlungen im weiteren Sinne durchgeführt, die die tatbestandlichen Voraussetzungen der nach dem OPS kodierten Operation oder Prozedur erfüllen. Die Verschlüsselung hindert das Krankenhaus nicht, zutreffende Angaben in

tatsächlicher Hinsicht zu machen. Aus einem Hinweis auf mögliche Abrechnungsfehler nach Einführung des DRG-Systems in einer Gesetzesbegründung ist nicht abzuleiten, der Gesetzgeber habe unzutreffende Tatsachenangaben des Krankenhauses gebilligt. Bei Zweifeln an der richtigen Kodierung ist das Krankenhaus weder gezwungen, von vornherein die ihm ungünstige Kodierungsvariante zu wählen ("defensive Kodierung"), noch dazu berechtigt, implizit das sichere Vorliegen der tatsächlichen Voraussetzungen für die günstigere Variante zu behaupten. Es ist berechtigt, unter Angabe des tatsächlichen Behandlungsgeschehens seine Auslegungsvorstellungen geltend zu machen und ggf gerichtlich überprüfen zu lassen.

32

Faktische Überschneidungen zwischen beiden Prüfregimen können sich daraus ergeben, dass sachlich-rechnerische Unrichtigkeit "Auffälligkeiten" im Rechtssinne bewirken kann. Sie führen indes nicht dazu, den Rechtsbereich des Prüfregimes der sachlich-rechnerischen Richtigkeit zu beschränken. Dies hätte eine vom Regelungszweck nicht gedeckte beweisrechtliche Privilegierung von in tatsächlicher Hinsicht irreführenden Abrechnungen (vgl zB evident in Widerspruch zu geltenden Kodierrichtlinien erfolgte Abrechnung einer im Krankenhaus entstandenen Wirbelkörper-Fraktur als Hauptdiagnose mit zusätzlich 8921,15 Euro Vergütung, BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 5; Abrechnung einer Transplantation von Niere und Pankreas mit angeblicher Transplantatabstoßung im Falle nur vorübergehender Funktionsstörung mit zusätzlich 23 711,50 Euro Vergütung, BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1) durch das Eingreifen der Sechs-Wochen-Frist (§ 275 Abs 1c S 2 SGB V) zur Folge, die der Rechtsordnung jedenfalls bis zum Ablauf des 31.12.2015 fremd ist.

33

"Auffälligkeiten" im Rechtssinne verpflichten wie oben dargelegt KKn, den MDK mit der Prüfung der Krankenhausabrechnung zu beauftragen. Der Prüfanlass der Auffälligkeit ist weit zu verstehen, um zweckgerecht der asymmetrischen Informationslage zwischen Krankenhaus und KK unter Gesamtschau der einschlägigen Regelungen Rechnung zu tragen. Er kann nicht im Vorhinein mit Blick auf das Ziel der Auffälligkeitsprüfung iS des § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit eines im Tatsächlichen korrekt kodierten Behandlungsgeschehens reduziert werden. Vor Einschaltung des MDK und dessen Einsicht in die Behandlungsunterlagen ist oft nicht ersichtlich, ob die Auffälligkeit auf Unwirtschaftlichkeit oder unzutreffender Sachverhaltsangabe oder fehlerhafter Subsumtion beruht. Dem trägt die Begriffsdefinition des erkennenden Senats systemgerecht Rechnung. Danach 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 (stRspr, vgl zB BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 18; BSGE 117, 82 = SozR 4-2500 § 109 Nr 40, RdNr 21 mwN). Soweit der erkennende Senat in seinem Urteil vom 13.11.2012 auch die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit als möglichen Prüfungsgegenstand einer Auffälligkeitsprüfung - nach vollständiger Mitteilung der zur ordnungsgemäßen Abrechnung erforderlichen Behandlungsdaten - angesehen hat (BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 18), handelt es sich um einen jener Fälle, in denen die vom Krankenhaus - ggf auch noch nachträglich - mitgeteilten Behandlungsdaten, ihre Richtigkeit unterstellt, die Auffälligkeit einer unwirtschaftlichen Behandlung begründen, aber auch weiterhin geringste Anhaltspunkte dafür bestehen, dass das Krankenhaus unzutreffende Angaben gemacht hat. Hierbei muss aus dem Prüfauftrag das konkrete Prüfungsziel und die Beschreibung der Auffälligkeit zu ersehen sein. Dies gibt dem Krankenhaus die Möglichkeit, die Aufforderung zur Mitteilung weiterer Informationen als Schritt in einem Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung oder der Auffälligkeitsprüfung im Sinne der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 275 Abs 1c iVm Abs 1 Nr 1 SGB V einordnen zu können.

34

Auch wenn die KK die Abrechnung nicht nachvollziehen kann, weil das Krankenhaus die KK nicht ordnungsgemäß informiert hat, kann die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit Anlass zu einer Einschaltung des MDK geben. Dies führt jedoch nicht zu einer Änderung des Prüfregimes und löst die Pflicht zur Zahlung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs 1c S 3 SGB V nicht aus. Dies würde bedeuten, dass das Krankenhaus aus der Verletzung seiner Informationspflichten Vorteile ziehen könnte. Jedenfalls wenn sich nur geringste Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die Abrechnung nicht sachlich-rechnerisch richtig ist und/oder dass 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 (BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr 4, RdNr 18).

35

Jedenfalls die vor dem 1.1.2016 geltende Gesetzes- und Rechtslage kennt demgegenüber keine Begünstigung unzutreffender Tatsachenangaben in Krankenhausabrechnungen durch eine Prüfeinschränkung der Beweismittel. Alle zulässigen Beweismittel stehen zur Prüfung dieses Teilbereichs der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausabrechnung zur Verfügung, auch die Überprüfung durch den MDK. Es gibt keinen rechtlich tragfähigen Grund, für diesen Prüfbereich Beweisverwertungsverbote mit der Folge zu postulieren, dass Zahlungen aufgrund etwa von solchen Abrechnungen des Krankenhauses, die auf unzutreffenden Tatsachenangaben beruhen, ab sechs Wochen nach Rechnungslegung ohne Prüfantrag mangels Verwertbarkeit der Behandlungsunterlagen des Krankenhauses regelmäßig unkorrigiert bleiben. Gleiches gilt für die weiteren Folgen der Auffälligkeitsprüfungen, die Zahlung der Aufwandspauschale nach § 275 Abs 1c S 3 SGB V (vgl zum Ganzen BSG Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - Juris RdNr 31 ff mwN, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen).

36

Der erkennende Senat sieht sich bei seiner Entscheidung in Einklang mit obergerichtlicher Rspr (vgl zB LSG Hamburg Urteil vom 19.2.2015 - L 1 KR 70/14 - Juris RdNr 21 ff; LSG Sachsen-Anhalt Urteil vom 3.9.2015 - L 6 KR 21/13 - Juris RdNr 39; ausführlich LSG Nordrhein-Westfalen Urteile vom 6.9.2016 - L 1 KR 187/16 und L 1 KR 459/16 - Juris). Er vermag den hiervon abweichenden, das Gesamtsystem unter Nutzung aller Auslegungsmethoden nur unzureichend würdigenden Ansichten nicht zu folgen (vgl zB SG Aachen Urteil vom 13.9.2016 - S 13 KR

410/15 - Juris; SG Marburg Urteil vom 8.8.2016 - S 6 KR 93/16 - Juris; SG Osnabrück Urteil vom 21.7.2016 - S 13 KR 601/15 - Juris; SG Darmstadt Urteil vom 23.5.2016 - S 8 KR 408/15 - Juris, nachfolgend BSG Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 19/16 R; SG Speyer Urteil vom 20.5.2016 - S 19 KR 107/15 - Juris, beim BSG bis zur Klagerücknahme unter - B 1 KR 20/16 R anhängig gewesen; SG Mainz Urteil vom 18.4.2016 - S 3 KR 580/15 - Juris = KHE 2016/12; SG Detmold Urteil vom 31.3.2016 - S 3 KR 182/15 - Juris, nachfolgend BSG Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 16/16 R; SG Würzburg Urteil vom 24.3.2016 - S 11 KR 628/15 - Juris = KHE 2016/25; Knispel, GesR 2015, 200, 205 ff; Leber, KH 2016, 312; Strack in jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, § 275 RdNr 3; Hambüchen, Rechtsgutachten für die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. vom 4.1.2016, abrufbar (Stand 23.5.2017) unter www.westphalmanagement.de/aktuelles.html).

37

4. Entgegen der Ansicht des LSG bezogen sich die dem MDK im vorliegenden Fall erteilten Prüfaufträge der Beklagten auf die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen, nämlich die richtigen Kodierungen. Ob eine KK einen Prüfauftrag mit dem Ziel der Abrechnungsminderung iS des § 275 Abs 1c S 3 SGB V oder der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung erteilt, bestimmt sich nach den Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen (§ 69 Abs 1 S 3 SGB V, hier anzuwenden idF durch Art 1 Nr 1e Buchst a Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 15.12.2008, BGBl I 2426, mWv 18.12.2008; vgl dazu BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 29 RdNr 18). Hiernach ist in erster Linie der für die Auslegung des Auftrags maßgebliche wirkliche Wille (§ 69 Abs 1 S 3 SGB V iVm § 133 BGB) zu ermitteln. Dabei ist nicht allein auf die schriftliche, insbesondere formularmäßige Beschreibung des Prüfauftrags abzustellen, insbesondere hierbei nicht an dem buchstäblichen Sinne des Ausdrucks zu haften (stRspr, vgl zB BSG Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - Juris RdNr 37, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 15 RdNr 11; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 29 RdNr 19). Steht nicht bereits ein übereinstimmendes Verständnis von Erklärendem und Erklärungsempfänger fest (vgl hierzu auch BGHZ 71, 243, 247 = NJW 1978, 1483; BGHZ 71, 75, 77 f = NJW 1978, 1050, jeweils mwN), ist die Erklärung nach dem Horizont des Erklärungsempfängers auszulegen, also danach, wie sich die Erklärung nach Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte für einen objektiven Betrachter in der Lage des Erklärungsgegners darstellt (§§ 133, 157 BGB). Hierbei sind die gesamten Umstände des Einzelfalles zu berücksichtigen (vgl zB BGH Urteil vom 1.3.2011 - II ZR 16/10 - NJW 2011, 1666 RdNr 11; BGHZ 47, 75, 78; 36, 30, 33; RGZ 119, 21, 25; 96, 273, 276). Zu berücksichtigen sind etwa eine rechtmäßige allgemeine Übung, mündliche Hinweise der KK oder vor Übersendung der Prüfanzeige an das Krankenhaus einvernehmlich zwischen KK und MDK abgesprochene Prüfinhalte, die Interessenlage, insbesondere das Informationsgefälle zwischen Krankenhaus und KK, und der mit dem Auftrag verfolgte Zweck. Erst daraus folgt, wie der MDK den Prüfauftrag verstehen musste. Für die Frage, was Inhalt des Prüfauftrags ist, der sich nur an den MDK richtet, kommt es ggf auf den Empfängerhorizont des MDK an, nicht den eines Dritten (BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 15 RdNr 11).

38

Der wirkliche Wille der Beklagten bei Erteilung des Prüfauftrags ging nach den aufgezeigten Grundsätzen dahin, klären zu lassen, ob die Klägerin die Hauptdiagnosen zutreffend kodiert hatte. Durch die Formulierung "wurde die korrekte Hauptdiagnose gemeldet bzw. was hat den Krankenhausaufenthalt veranlasst" brachte die Beklagte unmissverständlich zum Ausdruck, dass der MDK die zutreffende Kodierung der Hauptdiagnose überprüfen solle. Die Alternativfrage zielt auf die Definition der Hauptdiagnose in Abschnitt D002f der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2009. Die DKR 2009 definieren dort die Hauptdiagnose als "die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist". Auch die Verbindung der Fragen mit dem Wort "bzw." verdeutlicht deren Gleichsinnigkeit. Aufgrund der von der Beklagten eindeutig gewählten Formulierung konnte weder bei dem mit der Prüfung beauftragten MDK noch bei der Klägerin ein Zweifel darüber bestehen, dass der MDK die zutreffende Kodierung der Hauptdiagnose überprüfen sollte. Die Annahme des LSG, die Frage nach der Veranlassung betreffe auch die Wirtschaftlichkeit der Behandlung, entbehrt bei diesem Kontext jeglicher Grundlage. Klägerin, Beklagte und MDK sind zudem fachkundige Beteiligte, denen die einschlägigen Formulierungen der maßgeblichen gesetzlichen Grundlagen und abgeschlossenen Vereinbarungen geläufig sind.

39

Ein anderes Auslegungsergebnis folgt nicht daraus, dass der MDK in seinen Prüfmitteilungen die im Ergebnis nicht zutreffende Rechtsansicht äußerte, Rechtsgrundlage sei § 275 Abs 1c SGB V, wenn - wie hier - die konkrete Zielrichtung des Prüfauftrags klar ist (vgl BSG Urteil vom 25.10.2016 - B 1 KR 22/16 R - Juris RdNr 37, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Gleiches gilt für nachträglich im Gerichtsverfahren geäußerte Rechtsansichten der Beklagten (vgl zur Ermittlung des Erklärungswerts zum Zeitpunkt der Abgabe einer Willenserklärung etwa Busche in Münchener Kommentar zum BGB, 7. Aufl 2015, § 133 RdNr 5 mwN).

40

Der erkennende Senat ist revisionsrechtlich zu der vorgenommenen Auslegung befugt. Sie stützt sich auf die nicht mit Verfahrensrügen angegriffenen Feststellungen des LSG in Einklang mit dem Empfängerhorizont zunächst des MDK. Während das Revisionsgericht grundsätzlich an die Tatsachenfeststellungen des Vordergerichts gebunden ist, hat es bei der Auslegung von Prüfaufträgen wie bei schuldrechtlichen Verträgen zu prüfen, ob die Vorinstanz hierbei Bundesrecht iS des § 162 SGG verletzt hat, also insbesondere die gesetzlichen Auslegungsregeln der §§ 133, 157 BGB nicht beachtet und nicht gegen Denkgesetze oder Erfahrungssätze verstoßen hat (vgl zur Vertragsauslegung zB BSG SozR 4-2500 § 133 Nr 6 RdNr 24; BSG SozR 4-8570 § 1 Nr 2 RdNr 20; BSG SozR 3-2200 § 1265 Nr 13 S 89 f; BSGE 75, 92, 96 = SozR 3-4100 § 141b Nr 10 S 47). Das LSG hat bei seiner Auslegung ua die Definition der Hauptdiagnose in den DKR 2009 nicht einbezogen.

41

5. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO. Die Festsetzung des Streitwertes 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
2017-07-11