S 18 KR 126/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Hessisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Prüfverfahrensvereinbarung Schlussrechnung nachträgliche Rechnungskorrektur
Leitsätze	Zur Zulässigkeit der nachträglichen Rechnungskorrektur durch ein Krankenhaus bei vollstationärer Krankenhausbehandlung. § 7 Abs. 5 Prüfverfahrensvereinbarung vom 3. Februar 2016 (PrüfvV 2016) ist auf den Fall der nachträglichen Rechnungskorrektur eines Krankenhauses, die darauf beruht, dass es im Rahmen der Fallprüfung vor Ort zwischen dem MDK und den Krankenhausärzten zu einer übereinstimmenden Beurteilung der richtigen Kodierung des Falles kommt, nicht anwendbar.
Normenkette	PrüfvV (2016) § 7 Abs. 5

1. Instanz

Aktenzeichen	S 18 KR 126/18
Datum	22.02.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 KR 173/19
Datum	21.01.2021

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Wiesbaden vom 22. Februar 2019 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Die Beklagte trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.Â

Die Revision wird nicht zugelassen.Â

Der Streitwert wird auf 5.785,42 Euro festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung eines vollstationÃ¤ren Krankenhausaufenthalts.Â

Die KlÃ¤gerin ist TrÃ¤gerin des A. in A-Stadt, einem zugelassenen Plankrankenhaus. Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patient C. wurde in der Zeit vom 16. MÃ¤rz â 13. April 2017 in der Klinik der KlÃ¤gerin vollstationÃ¤r behandelt. Mit Schlussrechnung vom 2. Mai 2017 berechnete die KlÃ¤gerin hierfÃ¼r auf der Grundlage der Diagnosis Related Group (DRG) I12B (Knochen- und Gelenkinfektion / -entzÃ¼ndung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes oder Osteomyelitis, Alter

Hierauf stornierte die KlÃ¤gerin die Schlussrechnung vom 2. Mai 2017 und Ã¼bersandte der Beklagten am 29. Juni 2017 zunÃ¤chst eine neue Rechnung in HÃ¶he von 9.321,02 â¬ auf der Basis DRG 801D, bei der sie die vom MDK anerkannten weiteren Nebendiagnosen nicht berÃ¼cksichtigte. Nachdem die KlÃ¤gerin dies bemerkt hatte, stornierte sie am 30. Juni 2017 auch diese Rechnung und ersetzte sie durch eine dritte Rechnung Ã¼ber 13.875,14 â¬ auf der Grundlage der DRG I12A (Knochen- und Gelenkinfektion / -entzÃ¼ndung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit Ã¤uÃerst schweren CC).Â

Mit Schreiben vom 30. Juni 2017 lehnte die Beklagte eine Nachzahlung unter Hinweis auf Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fverfahrensvereinbarung (PrÃ¼fvV) ab.

Die KlÃ¤gerin hat am 28. MÃ¤rz 2018 Klage zum Sozialgericht Wiesbaden erhoben und vorgetragen, die von ihr am 30. Juni 2017 korrigierte Schlussrechnung sei fristgemÃ¤Ã gewesen. Es sei treuwidrig, wenn die Beklagte die Begleichung eines im Einvernehmen mit dem MDK festgestellten und in der Sache unstreitigen Nachzahlungsanspruchs verweigere. Die Vorschrift des Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV, auf welche die Beklagte abhebe, sei auf die Umsetzung eines MDK-Gutachtens nicht anwendbar.

Mit Gerichtsbescheid vom 22. Februar 2019 hat das Sozialgericht die Beklagte zur Zahlung von 5.785,42 â¬ nebst Zinsen in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz hinaus seit dem 31. Juli 2017 verurteilt. Der Zahlungsanspruch der KlÃ¤gerin sei auf der Basis der DRG I12A der HÃ¶he nach unstreitig. Der VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin sei durch die PrÃ¼fvV nicht eingeschrÃ¤nkt. Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV beziehe sich auf Korrekturen oder ErgÃ¤nzungen des Datensatzes wÃ¤hrend der PrÃ¼fung durch den MDK und stehe

einer spÃ¤teren Korrektur einer Schlussrechnung nicht entgegen.Â

Gegen den am 6. MÃ¤rz 2019 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 21. MÃ¤rz 2019 Berufung eingelegt.

Sie fÃ¼hrt aus, auf der Basis von Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV habe fÃ¼r die KlÃ¤gerin nur einmal innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung der Ã□berprÃ¼fung durch den MDK die MÃ¶glichkeit bestanden, Korrekturen oder ErgÃ¤nzungen von DatensÃ¤tzen an die Krankenkasse zu Ã¼bermitteln. Das Krankenhaus habe im Rahmen der Begehung mit dem MDK Nebendiagnosen nachkodiert. Diese hÃ¤tte es nach MaÃ□gabe von Â§ 7 Abs. 5 S. 4 PrÃ¼fvV bis einen Tag nach dem Begehungstermin per DatentrÃ¤geraustausch (DTA) Ã¼bermitteln mÃ¼ssen, was nicht geschehen sei und zum VergÃ¼tungsausschluss fÃ¼hre. Anderenfalls mÃ¼ssten die Krankenkassen sÃ¤mtliche Nachkodierungen seitens der KrankenhÃ¤user im Rahmen von Begehungen, die der MDK akzeptiere, gegen sich gelten lassen, ganz gleich wann die Ã□bermittlung per DTA erfolge. Dies sei mit den Zielen der PrÃ¼fvV nicht vereinbar. Â

Die Beklagte beantragt,Â

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Wiesbaden vom 22. Februar 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,Â

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.Â

Sie verteidigt die Entscheidung des Sozialgerichts.Â

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung war, Bezug genommen. Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mÃ¼ndliche Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt.Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Ã□ber die Berufung entscheidet der Senat im EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten ohne mÃ¼ndliche Verhandlung (Â§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz â□□ SGG â□□).

Die Berufung der Beklagten ist zulÃ¤ssig, hat aber in der Sache keinen Erfolg. Das Sozialgericht hat die Beklagte im Ergebnis zu Recht zur Zahlung von 5.785,42 â□¬ nebst Zinsen verurteilt. Die KlÃ¤gerin hat aus der vollstationÃ¤ren Behandlung des bei der Beklagten krankenversicherten Patienten C. einen VergÃ¼tungsanspruch nach der DRG I123A in HÃ¶he von insgesamt 13.875,14 â□¬, auf den die Beklagte jedoch lediglich 8.089,72 â□¬ gezahlt hat. Â Â

BezÃ¼glich der gesetzlichen und vertraglichen Rechtsgrundlagen des geltend gemachten VergÃ¼tungsanspruchs der KlÃ¤gerin als zugelassenem

Plankrankenhaus wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf die zutreffenden AusfÃ¼hrungen des Sozialgerichts in dem angefochtenen Urteil Bezug genommen und von einer nochmaligen Darstellung abgesehen (Â§ 153 Abs. 2 SGG). Zwischen den Beteiligten ist auch nicht streitig, dass die vollstationÃ¤re Krankenhausbehandlung des Patienten C. erforderlich war und die durchgefÃ¼hrte Behandlung grundsÃ¤tzlich einen VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin nach der DRG I12A (Knochen- und Gelenkinfektion / -entzÃ¼ndung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit Ã¤uÃerst schweren CC) auslÃ¶st. Insoweit bedarf es keiner weiteren Ermittlungen, da es Ã¼ber die Berechnungsergebnisse keinen Streit zwischen den Beteiligten gibt und keine Anhaltspunkte fÃ¼r eine fehlerhafte Berechnung vorliegen (BSG, Urteil vom 19. Juni 2018 â B 1 KR 39/17, juris).Â

Der VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin aus ihrer Rechnung vom 30. Juni 2017 wird nicht durch entgegenstehende Abrechnungsbestimmungen eingeschrÃ¤nkt.Â

Es handelt sich um einen Fall der nachtrÃ¤glichen Rechnungskorrektur durch ein Krankenhaus. Dies ist nach der Rsprg. des BSG grundsÃ¤tzlich mÃ¶glich, wenn das Krankenhaus seine Nachforderung spÃ¤testens bis zum Abschluss des auf die Behandlung folgenden Haushaltsjahrs der Krankenkasse geltend macht (BSG, Urteil vom 23. Mai 2017, B 1 KR 27/16 R, juris Rn. 10). Vorliegend erfolgte die Behandlung vom 16. MÃ¤rz bis 13. April 2017, die Rechnungskorrektur der KlÃ¤gerin ging bei der Beklagten am 30. Juni 2017 ein.

Die KlÃ¤gerin ist mit der nachtrÃ¤glichen, unstreitig korrekten Kodierung der DRG I12A und der daraus folgenden erlÃ¶serhÃ¶henden Abrechnung von 13.875,14 â¬ nicht aufgrund der Regelung in Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV vom 3. Februar 2016 (gÃ¼ltig ab dem 1. Januar 2017; im Folgenden: PrÃ¼fvV 2016) ausgeschlossen.Â

Allerdings ist die PrÃ¼fvV auf den vorliegenden Behandlungsfall aus dem Jahr 2017 dem Grunde nach anwendbar. Das ergibt sich aus dem mit Wirkung zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Â§ 275 Abs. 1c S. 4 SGB V. Die Vorschrift erfasst jetzt ausdrÃ¼cklich jede AbrechnungsprÃ¼fung durch den MDK. Damit hat sich die Rsprg. des BSG zu Â§ 275 Abs. Â 1c SGB V a.F., wonach zwischen einer der Vorschrift unterfallenden âAuffÃ¤lligkeitsprÃ¼fungâ und einer ihr nicht unterfallenden, sondern aus Â§ 301 SGB V herzuleitenden âPrÃ¼fung der sachlich-rechnerischen Richtigkeitâ â fÃ¼r die dann die PrÃ¼fVV nicht galt (stRsprg., vgl. z.B. BSG, Urteil vom 23. Juni 2015, B 1 KR 20/14 R m.w.N.) â zu unterscheiden war, erledigt.Â

Jedoch ist Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV 2016 fÃ¼r den vorliegenden Behandlungsfall tatbestandlich nicht einschlÃ¤gig.

Â§ 7 Abs. 5 S. 1 bis 4 PrÃ¼fvV 2016 lautet: Korrekturen oder ErgÃ¤nzungen von DatensÃ¤tzen sind nur einmalig mÃ¶glich. Diese hat der MDK nur dann in seine PrÃ¼fung einzubeziehen, wenn sie innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-PrÃ¼fverfahrens nach Â§ 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 ErgÃ¤nzung von DatensÃ¤tzen nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK mÃ¶glich. In den FÃ¤llen der PrÃ¼fung vor Ort finden die SÃ¤tze 2 und 3 mit der MaÃgabe Anwendung, dass eine Korrektur oder ErgÃ¤nzung nur bis zum Abschluss der PrÃ¼fung vor Ort mÃ¶glich ist.

Vorliegend handelt es sich um eine nachtrÃ¤gliche Rechnungskorrektur, die darauf beruht, dass der MDK im Rahmen der FallprÃ¼fung vor Ort zu einer mit den KrankenhausÃ¤rzten Ã¼bereinstimmenden Beurteilung der korrekten Kodierung des Falles kam, was aus Sicht des MDK die ZulÃ¤ssigkeit der Nachkodierung bestimmter Nebendiagnosen einschloss (â€Die zur PrÃ¼fung angefragte Kodierung ist sachgerecht. Das Krankenhaus kodiert die Nebendiagnosen A41.0 und R65.0! dazu. Die Diagnosen wurden geprÃ¼ft und sind sachgerechtâ€). In diesem Fall ist nach Auffassung des Senats der Anwendungsbereich von Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV 2016 Ã¼berhaupt nicht erÃ¶ffnet. Soweit Â§ 7 Abs. 5 S. 1 PrÃ¼fvV 2016 von â€Korrekturen oder ErgÃ¤nzungen von DatensÃ¤tzenâ€ spricht, betrifft dies den Fall, dass das Krankenhaus wÃ¤hrend der laufenden MDK-PrÃ¼fung von sich aus â€ ohne dies mit dem MDK abgestimmt zu haben â€ eine Ãnderung der DatensÃ¤tze vornimmt, also der Krankenkasse einen neuen Datensatz mit einer anderen Kodierung Ã¼bermittelt, weil es zu der Auffassung gelangt, dass es die Behandlung des Patienten unrichtig bzw. unvollstÃ¤ndig kodiert hat. Das ergibt sich insbesondere aus dem Zusammenhang mit Â§ 7 Abs. 5 S. 2 PrÃ¼fvV 2016, der nach seinem Wortlaut (â€Diese hat der MDK nur dann in seine PrÃ¼fung einzubeziehen, â€¦â€) nur eingreift, wenn die â€nachtrÃ¤glichen Korrekturen oder ErgÃ¤nzungenâ€ des Krankenhauses eine erneute PrÃ¼fung durch den MDK erforderlich machen. Â§ 7 Abs. 5 S. 3 und 4 PrÃ¼fvV 2016 ergÃ¤nzen dabei die Regelung in S. 2 fÃ¼r den Fall, dass die Begutachtung durch den MDK (sei es im schriftlichen Verfahren oder bei der PrÃ¼fung vor Ort) vor Ablauf der 5-Monats-Frist des Satz 2 bereits beendet ist, beziehen sich aber in gleicher Weise auf die Situation, dass die nachtrÃ¤glichen Korrekturen oder ErgÃ¤nzungen der DatensÃ¤tze seitens des Krankenhauses eine erneute FallprÃ¼fung durch den MDK erforderlich machen. Die Regelung ist damit auf den Fall der nachtrÃ¤glichen Rechnungskorrektur, bei der das Krankenhaus lediglich ein mit dem MDK einvernehmlich gewonnenes PrÃ¼fergebnis umsetzt, von Vornherein nicht anwendbar (ebenso LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 10. Dezember 2019 â€ L 11 KR 1176/19 â€, juris; LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 13. August 2018, L 5 KR 155/18 NZB, KRS 2018, 432; SG Fulda, Urteil vom 13. August 2020, S 4 KR 169/18, juris).Â

FÃ¼r dieses VerstÃ¤ndnis der Vorschrift sprechen neben dem Wortlaut noch weitere systematische Ãberlegungen. Die PrÃ¼fvV 2016 zielt mit ihren Regelungen insgesamt auf eine Straffung und Beschleunigung des PrÃ¼fungsverfahrens durch den MDK. Hierzu werden verschiedene Fristen fÃ¼r die Vorlage von Unterlagen vorgegeben, um eine beschleunigte PrÃ¼fung zu ermÃ¶glichen. Dies dient einem zÃ¼gigen Verfahrensablauf und begegnet PrÃ¼fungs- und Beweisproblemen, die sich naturgemÃ¤Ã nach erheblichem Zeitablauf ergeben. Speziell die Regelung in Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV 2016 soll sicherstellen, dass die PrÃ¼fung durch den MDK zÃ¼gig zum Abschluss gebracht werden kann. Das Verfahren soll nicht dadurch in die LÃ¤nge gezogen werden

kÃ¶nnen, dass seitens des Krankenhauses wiederholt Korrekturen an den DatensÃ¤tzen vorgenommen werden und dadurch jeweils eine erneute PrÃ¼fung durch den MDK erforderlich wird. Dieses Ziel, eine zÃ¼gige DurchfÃ¼hrung der PrÃ¼fung durch den MDK und dem folgend eine zÃ¼gige Beendigung des PrÃ¼fverfahrens insgesamt zu erreichen, wird durch eine nachtrÃ¤gliche Rechnungskorrektur, die auf einer Ã¼bereinstimmenden Fallbeurteilung durch den MDK und das Krankenhaus beruht, nicht beeintrÃ¤chtigt (ebenso LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 10. Dezember 2019 â L 11 KR 1176/19 â, juris Rn. 25).

Angesichts dessen kann die in der Rsprg. streitige Frage, ob Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV Ã¼berhaupt als Ausschlussregelung in Bezug auf den VergÃ¼tungsanspruch des Krankenhauses verstanden werden kann (vgl. dazu u.a. LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 17. April 2019, L 5 KR 1522/17, Rn. 31), hier dahinstehen.Â

Der Zinsanspruch der KlÃ¤gerin beruht auf Â§ 10 Abs. 4 und 5 des Landesvertrags Ã¼ber die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gem. Â§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr 1 SGB V i.V.m. Â§ 288 BGB.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG i.V.m. Â§ 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung, die Entscheidung Ã¼ber den Streitwert auf Â§ 63 Abs. 2, 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz.Â

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision nach Â§ 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor. Â

Erstellt am: 29.12.2021

Zuletzt verändert am: 22.12.2024