
S 6 KR 191/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	20
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	1. § 7 Abs. 5 PrüfvV 2015 bestimmt, welche Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen der MDK in seine Prüfung einzubeziehen hat. Konsequenzen für den Vergütungsanspruch regelt § 7 Abs. 5 PrüfvV 2015 nicht, er steht damit einer nachträglichen Rechnungskorrektur im Abrechnungsverfahren nicht entgegen. 2. Die Regelungen des § 7 Abs. 5 Satz 1 und 2 PrüfvV 2015 gelten nur insoweit, als überhaupt eine Prüfung durch den MDK erfolgt. Die Fünfmonatsfrist des § 7 Abs.5 Satz 2 PrüfvV 2015 bezieht sich deshalb nur auf den jeweiligen Prüfanlass. 3. Die mit § 7 Abs. 5 Satz 3 PrüfvV 2017 eingeführte Regelung gilt nicht rückwirkend für die Zeit vor dem 01.01.2017.
Normenkette	SGB V § 275 Abs. 1c KHG § 17c Abs. 2 SGB V § 109 Abs. 4 Satz 3 PrüfvV 2015 (juris: PüfvVbg vom 18.07.2014) § 7 Abs. 5

1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 KR 191/17
Datum	05.12.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 20 KR 55/18
Datum	22.07.2020

3. Instanz

Datum

-

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 05.12.2017 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits auch im Berufungsverfahren.

III. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 4.411,06 Euro festgesetzt.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung und hierbei insbesondere um die Frage, ob Â§ 7 Abs. 5 der zum 01.09.2014 in Kraft getretenen und für Krankenhausbehandlungen ab 01.01.2015 geltenden Prüfverfahrensvereinbarung (im Folgenden: PrüfV 2015) einer Nachforderung entgegensteht.

Die Klägerin ist Trägerin eines zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassenen Krankenhauses ([Â§ 108 Nr. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V -), in dem vom 09.03.2015 bis zum 28.03.2015 der bei der Beklagten Versicherte B. W. behandelt wurde.

Mit Rechnung vom 10.04.2015 (Fakturadatum 31.03.2015) stellte die Klägerin der Beklagten für die Krankenhausbehandlung des Versicherten eine Vergütung in Höhe von 10.846,53 Euro in Rechnung.

Die Beklagte zahlte den Rechnungsbetrag und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Bayern mit einer Prüfung. Die Fragestellung des Prüfungsauftrags lautete: "War die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer medizinisch begründet? Fehlbelegungsprüfung: Die Überschreitung der OGV (prä- und postoperative VWD) ist im Behandlungsfall nicht plausibel. Keine Notfallaufnahme." Mit Schreiben vom 14.04.2015 teilte die Beklagte der Klägerin die Einleitung eines Prüfverfahrens gemäß Â§ 4 PrüfV 2015 unter Wiedergabe des Prüfungsauftrags an den MDK mit.

Am 10.06.2015 nahm der MDK die Prüfung unter Einsicht in die Behandlungsakte vor. In seinem Gutachten vom 11.06.2015 erklärte der MDK, dass die stationäre Verweildauer medizinisch plausibel und sachgerecht gewesen sei. Mit Schreiben vom 18.06.2015 informierte die Beklagte die Klägerin, dass laut MDK die Abrechnung für den stationären Aufenthalt des B. W. ab 09.03.2015 korrekt erfolgt sei. Das Prüfverfahren sei abgeschlossen.

Nachdem die Klägerin bei der zeitgleichen hausinternen Prüfung festgestellt hatte, dass als Nebendiagnose T82.8 (Sonstige näher bezeichnete Komplikationen durch Prothesen, Implantate oder Transplantate im Herzen und in den Gefäßen)

und nicht T81.0 (Blutung und Hämatom als Komplikation des Eingriffs, anderenorts nicht klassifiziert) zu kodieren sei, woraus sich die DRG (Diagnosis Related Group) F12A und nicht F12B ergebe, nahm sie eine Korrektur der Entlass- und Rechnungsdatensätze vor. Die Endabrechnung wurde per Datenträgeraustausch am 24.06.2015 an die Beklagte übermittelte. Sie wies nunmehr einen Rechnungsbetrag von 15.257,59 EUR aus.

Hierauf erklärte die Beklagte mit Schreiben vom 14.07.2015, man habe den medizinischen Sachverhalt mit der Beratungsärztin nochmals intern bewertet und komme zu dem Ergebnis, dass keine Aspekte vorlägen, die die Nachkodierung der Nebendiagnose T82.8 und somit die Abrechnung der DRG F12A rechtfertigten. Die Blutung sei sachgerecht mit T81.0 kodiert worden. Weitere Komplikationen seien aus dem MDK-Gutachten vom 11.06.2015 nicht abzuleiten. Sollte die Klägerin eine andere Meinung vertreten, werde um eine begründete Stellungnahme gebeten.

Die Klägerin informierte die Beklagte per E-Mail (die sich nicht in den Akten befindet), dass eine Änderung der Nebendiagnose T81.0 in die Nebendiagnose T82.8 habe vorgenommen werden müssen. Zur weiteren inhaltlichen medizinischen Prüfung möge die Beklagte eine Stellungnahme beim MDK einholen.

Die Beklagte erwiderte hierauf mit Schreiben vom 07.08.2015, dass in dem Behandlungsfall am 11.06.2015 ein Gutachten durch den MDK erstellt worden sei mit dem Ergebnis, dass die in Rechnung gestellte DRG F12B mit vier Zuschlägen korrekt abgerechnet worden sei. Ein sich hieran anschließendes Widerspruchsverfahren sei nach der PräfV grundsätzlich nicht vorgesehen. Daher sei auch eine erneute Beauftragung des MDK nicht möglich. Man habe die berichtigte Rechnung per Datenträgeraustausch zurückgesandt.

Mit Schreiben vom 27.08.2015 mahnte die Klägerin die Beklagte wegen der Zahlung des noch offenen Betrags von 4.411,06 Euro (= 15.257,59 Euro abzgl. 10.846,53 Euro).

Mit Schreiben vom 04.09.2015 wandte sich die Klägerin erneut an die Beklagte. Nach § 7 Abs. 5 PräfV sei eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen durchaus möglich. Vorliegend sei die Einleitung des Prüfverfahrens am 16.04.2015 erfolgt. Die Möglichkeit einer Korrektur habe somit bis zum 16.09.2015 bestanden. Tatsächlich sei die Korrektur durch die Klägerin am 24.06.2015 erfolgt.

Die Beklagte blieb in ihrer Antwort vom 05.10.2015 dabei, dass aufgrund der bereits erfolgten MDK-Prüfung am 10.06.2015 (Datum der Begehung/Begutachtung) eine Berücksichtigung der korrigierten Daten gemäß § 7 Abs. 5 PräfV nicht mehr möglich gewesen sei.

Am 04.05.2017 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht (SG) Würzburg erhoben und zur Begründung vorgetragen, tatsächlich hätte als Nebendiagnose T82.8 kodiert werden müssen. Daraus ergebe sich die DRG F12A. Die Geltendmachung

sei nicht ausgeschlossen. Für einen Vergütungsanspruch gelte grundsätzlich eine vierjährige Verjährungsfrist. Verwirkung sei nicht eingetreten. Auch die Regelungen der PrÄfvV schließen eine spätere Rechnungs Korrektur nicht aus. § 7 Abs. 5 PrÄfvV regelt lediglich, dass Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen nur dann in die Prüfung einzubeziehen seien, wenn sie innerhalb von fünf Monaten nach Einleitung des MDK-PrÄfverfahrens erfolgten. Ein Vergütungs Ausschluss sei damit nicht verbunden. Anders als die Beklagte meine, schließe die PrÄfvV auch keine Zweitbegutachtung aus. Zudem habe die Beklagte selbst eine Prüfung durch die Beratungsärztin vorgenommen und sich offensichtlich mit dem Fall und der Korrektur bereits befasst.

Demgegenüber hat die Beklagte erwidert, eine Nachkodierung sei grundsätzlich nach der höchstgerichtlichen Rechtsprechung im Rahmen des Grundsatzes von Treu und Glauben möglich, soweit nicht gesetzeskonformes Vertragsrecht entgegenstehe. Dies sei vorliegend durch die PrÄfvV der Fall. Die Korrektur sei erst nach Abschluss des MDK-PrÄfverfahrens erfolgt. Ein Krankenhaus habe nicht nur die Pflicht zur peinlich genauen bzw. ordnungsgemäßen Abrechnung, sondern auch die Pflicht, den Fall im Rahmen eines eingeleiteten PrÄfverfahrens abschließend zu behandeln. In der PrÄfvV 2017 vom 03.02.2016 sei nunmehr klarstellend in § 7 Abs. 5 Satz 3 aufgenommen worden, dass eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK möglich sei.

Das SG Würzburg hat mit Urteil vom 05.12.2017 der Klage stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin einen weiteren Betrag in Höhe von 4.411,06 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 18.07.2015 zu zahlen. Die Geltendmachung der Nachforderung sei nicht verwirkt. Erteile ein Krankenhaus einer Krankenkasse vorbehaltlos eine plausible Schlussrechnung für die Behandlung eines Versicherten, sei eine Forderung weiterer Vergütung bis zum Ablauf des folgenden vollen Kalenderjahrs regelmäßig nicht verwirkt (Bundessozialgericht – BSG –, Urteil vom 05.07.2016, [B 1 KR 40/15 R](#)). Aus § 17c Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und der PrÄfvV ergebe sich nichts anderes, insbesondere sei ein Ausschluss nicht aus § 7 Abs. 5 PrÄfvV ableitbar. Denn in der vorliegend einschlägigen PrÄfverfahrensvereinbarung, die bis 31.12.2016 gegolten habe, sei ein derartiger Ausschluss nicht geregelt. Die entsprechende Änderung finde sich vielmehr erst in der PrÄfvV vom 03.02.2016, die für Behandlungen ab 01.01.2017 gelte. Erst dort sei der Zusatz, dass Korrekturen und Ergänzungen von Datensätzen nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK möglich seien, enthalten. Eine derartige Regelung habe in der früheren Fassung der PrÄfvV nicht existiert. Auch sei nichts dafür ersichtlich, dass die Ergänzung in § 7 Abs. 5 PrÄfvV 2017 – wie die Beklagte meine – nur deklaratorisch erfolgt sei.

Gegen das ihr am 27.12.2017 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 29.01.2018 (Montag) Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht (LSG) eingelegt und zur Begründung im Wesentlichen Folgendes vorgetragen (Schriftsätze vom 06.03.2018, 28.06.2018 und 10.12.2018): Es ergebe sich bereits aus dem Beschleunigungsgrundsatz, dass eine Nachkodierung, wie sie vorliegend von der

Klägerin vorgenommen worden sei, nach dem Zeitpunkt, zu dem das Prüfverfahren abgeschlossen worden sei, nicht zulässig sei. Dies gelte auch schon für die Zeit vor Inkrafttreten der neuen PrfV vom 03.02.2016. Die mit Geltung ab dem 01.01.2017 ausdrücklich in die PrfV aufgenommene Regelung des § 7 Abs. 5 Satz 3, nämlich dass eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen nur bis spätestens zum Ende der Begutachtung durch den MDK zulässig sei, stelle insoweit nur noch einmal klar, was aufgrund des Beschleunigungsgebots bereits vor dem 01.01.2017 gegolten habe. Entsprechend der höchststrichterlich in ständiger Rechtsprechung anerkannten Pflicht der Vertragsärzte zur peinlich genauen Abrechnung seien auch Krankenhäuser zur stets korrekten Leistungsabrechnung verpflichtet. Da bei der Honorierung die Angaben der Leistungserbringer grundsätzlich als zutreffend zugrunde gelegt würden, müsse man auf deren Richtigkeit vertrauen können. Schon aus der Begründung zur Schaffung der Rechtsgrundlage in [§ 17c Abs. 2 KHG](#) durch das Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.07.2013 (Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss) zu Art. 5c Nr. 2c, vgl. [BT-Drucks. 17/13947 Seite 37](#) f.) ergebe sich, dass die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene beauftragt worden seien, die Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Krankenkassen effektiver und konsensorientierter zu gestalten und insbesondere Vereinbarungen zum Zeitpunkt der vollständigen Vorlage zahlungsbegründender Unterlagen bei den Krankenkassen zu treffen. Die Verantwortung dafür, der Beklagten von vornherein die Möglichkeit zu geben, den Fall unter allen für die Abrechnung in Betracht kommenden Gesichtspunkte zu präzisieren, liege allein beim Krankenhaus. Es sei also an der Klägerin, gleich bei der Rechnungsstellung oder spätestens im Laufe des Prüfverfahrens auf eine für sie günstigere Kodierung hinzuweisen. Dies gelte erst recht, wenn es wie hier um den Gegenstand der inzwischen abgeschlossenen Prüfung nicht die Kodierung, sondern die Verweildauer gewesen sei. Können ein Krankenhaus eine korrekte Rechnungsstellung und gegebenenfalls nochmalige Überprüfung mit Einleitung eines Prüfverfahrens nicht sicherstellen, widerspricht es der Zielsetzung eines effektiven Prüfverfahrens und auch dem Grundsatz von Treu und Glauben, wenn das Krankenhaus dennoch jederzeit (zumindest bis Ende des folgenden Kalenderjahres) eine weitere Rechnung an die Krankenkasse stellen könnten. Dies würde zu einem erheblichen bürokratischen Aufwand bei allen Beteiligten führen und damit der Zielsetzung der PrfV diametral entgegenstehen. Aus der Rechtsprechung des BSG zur Frage der Verwirkung in Behandlungsfällen aus einer Zeit, in der noch keine PrfV existiert habe, können bezüglich der Regelungen der PrfV nichts abgeleitet werden. Zudem zeige schon die Überschrift des § 7 PrfV "Durchführung der Prüfung", dass alle dort genannten Regelungen sich auf das laufende Prüfverfahren beziehen. Der Zeitpunkt, zu dem das Prüfverfahren beendet sei, sei schon vom Wortlaut her keine "Durchführung" eines Verfahrens mehr. Die Klägerin könne sich auch nicht darauf berufen, dass es dem MDK hätte auffallen müssen, dass sie es versäumt habe, die Nebendiagnose T82.8 zu kodieren. Es sei Sache des Krankenhauses, den MDK innerhalb des Prüfverfahrens darauf hinzuweisen, wenn aus seiner Sicht über den Prüf Anlass hinaus ein Anlass für eine Ausdehnung der Prüfung auf ursprünglich nicht erfragte Gesichtspunkte bestehe. Wenn diese

Prüfung durch den MDK abgeschlossen sei, sei die Überprüfung des Falls insgesamt abgeschlossen. Weitere Korrekturen, Ergänzungen oder Nachkodierungen könnten dann durch das Krankenhaus nicht mehr vorgenommen werden. Dies ergebe sich bereits unmittelbar aus dem Wortlaut des § 7 Abs. 5 PrüfV 2015. Die Auslegungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur am 01.09.2014 in Kraft getretenen PrüfV seien erst im Nachgang hierzu erstellt worden und könnten nichts daran ändern, dass sich die Parteien zum Zeitpunkt des Abschlusses der Vereinbarung darauf geeinigt hätten, dass Nachkodierungen nach Beendigung des MDK-Prüfverfahrens ausgeschlossen seien. Schließlich sei die Regelung eines Vergütungsausschlusses auch von der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage in [§ 17c Abs. 2 KHG](#) umfasst. Die Vertragsparteien könnten danach insbesondere auch Regelungen über die Prüfungsdauer treffen. Eine solche Regelung über die Prüfungsdauer setze aber zwingend voraus, dass Fristen geregelt würden und dass diese auch mit einer eindeutigen Rechtsfolge, eben dem Vergütungsabschluss, verbunden seien.

Hingegen hat die Klägerseite mit Schriftsätzen vom 20.04.2018, 31.08.2018 und 13.03.2020 Folgendes erwidert: Die Beklagte lege an keiner Stelle dar, woraus sich ein Beschleunigungsgebot ergeben solle, welches einen gesetzlichen Vergütungsanspruch der Klägerin für erbrachte Krankenhausleistungen innerhalb der vom BSG entwickelten Grenzen ausschließe. Ein Vergütungsabschluss ergebe sich auch nicht aus den Regelungen der PrüfV 2015 oder 2017. Der hier maßgebliche § 7 Abs. 5 PrüfV enthalte Regelungen zur "Durchführung der Prüfung", also zu Modalitäten des Prüfverfahrens. An keiner Stelle der PrüfV sei davon die Rede, dass ein Krankenhaus mit einer Rechnungskorrektur außerhalb eines MDK-Prüfverfahrens bzw. nach dessen Abschluss ausgeschlossen sei. Das BSG habe hervorgehoben, dass der Vergütungsanspruch der Krankenhäuser rechtsverbindlich geregelt sei, grundsätzlich der vierjährigen Verjährungsfrist unterliege und nur in besonderen Ausnahmekonstellationen darüber hinaus der Verwirkung unterliege. Dies sei nur dann der Fall, wenn ein Krankenhaus nach mehr als einem vollständigen Kalenderjahr nach dem Jahr der Rechnungsstellung eine Rechnungserhellung vornehme und die Krankenkasse in eine unbeanstandete Endabrechnung ein Vertrauen entwickelt habe. Diese Konstellation liege hier nicht vor. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass die Vereinbarungsparteien keine konsentierten Umsetzungshinweise zu den Regelungen der PrüfV 2015 herausgegeben hätten. Es gebe lediglich in einigen Punkten divergierende Umsetzungshinweise sowohl des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) als auch der DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft). Die DKG habe bereits in den 2014 veröffentlichten Umsetzungshinweisen darauf hingewiesen, dass es sich bei den Regelungen in § 7 nicht um Ausschlussfristen handle. Deshalb müsse sogar die Frage gestellt werden, ob die Vertragsparteien überhaupt eine Einigung erzielt hätten. Schließlich könne aus dem obiter dictum des BSG in seinem Urteil vom 19.11.2019, [B 1 KR 33/18](#), wonach § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfV eine materiell-rechtliche Ausschlussregelung enthalte, nicht der Schluss gezogen werden, dass dies auch für § 7 Abs. 5 PrüfV gelte. § 7 Abs. 2 PrüfV regele nämlich ausdrücklich, dass das Krankenhaus bei einem Fristversäumnis nur Anspruch auf das Unstreitige habe. Eine entsprechende

Regelung fehle in [Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fV](#). Die Auffassung der KlÃ¤gerin werde schlieÃlich auch dadurch bestÃ¤tigt, dass der Gesetzgeber durch das zum 01.01.2020 in Kraft getretene MDK-Reformgesetz ausdrÃ¼cklich den Ausschluss von Rechnungskorrekturen in [Â§ 17c Abs. 2a KHG](#) geregelt habe. Eine solche Regelung wÃ¤re unnÃ¶tig, wenn die Vertragsparteien selbst dies hÃ¤tten regeln dÃ¼rfen und geregelt hÃ¤tten.

Im ErÃ¶rterungstermin am 08.06.2020 hat die Beklagte erklÃ¤rt, dass, anders als frÃ¼her geÃ¤uert, auch aus Sicht der Beklagten es zutreffend sei, dass als Nebendiagnose T82.8 zu kodieren sei, woraus sich die DRG F12A statt F12B ergebe.

Die Beteiligten haben im ErÃ¶rterungstermin ihr EinverstÃ¤ndnis mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung erteilt.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts WÃ¼rzburg vom 05.12.2017, Az. [S 6 KR 191/17](#),
aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,
die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Zur ErgÃ¤nzung des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Der Senat kann ohne mÃ¼ndliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, weil die Beteiligten hierzu ihr EinverstÃ¤ndnis erklÃ¤rt haben (vgl. [Â§ 124 Abs. 2](#), [Â§ 153 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz â SGG -).

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ([Â§ 143](#), [144](#), [151 SGG](#)) ist zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet. Die von der KlÃ¤gerin im GleichordnungsverhÃ¤ltnis erhobene (echte) Leistungsklage gemÃ¤Ã [Â§ 54 Abs. 5 SGG](#) ist zulÃ¤ssig (stÃ¤nd. Rspr., vgl. z.B. BSG, Urteil vom 25.10.2016, [B 1 KR 6/16 R](#), m.w.N.) und begrÃ¼ndet. Das SG WÃ¼rzburg hat die Beklagte zu Recht zur Zahlung von weiteren 4.411,06 Euro zuzÃ¼glich Zinsen an die KlÃ¤gerin aufgrund der korrigierten Rechnung vom 24.06.2015 verurteilt.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht â unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage â unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgefÃ¼hrt wird und i.S.v. [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist.

Die VergÃ¼tung fÃ¼r Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRG-KrankenhÃ¤usern wie jenem der KlÃ¤gerin nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die FallpauschalenvergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus

[Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [Â§ 7 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#) und [Â§ 17b KHG](#). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Fallpauschalenvereinbarungen – FPV –) konkretisiert. Der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG](#) mit der DKG als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [Â§ 11 KHEntgG](#) einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des [Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG](#). Die vertraglichen Fallpauschalen ergeben sich daraus, dass die nach den aufgezeigten gesetzlichen Regelungen hierzu berufenen Vertragspartner eine FPV mit einem Fallpauschalenkatalog als Teil derselben und Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschässelung von Krankheiten und Prozeduren (Deutsche Kodierrichtlinien – DKR –) vereinbart haben. DKR und FPV bilden den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die für eine Behandlung maßgebliche DRG-Position folgt.

Maßgeblich für den vorliegenden Abrechnungsfall sind die für den Tag der stationären Aufnahme, hier der 09.03.2015, geltenden Abrechnungsregelungen, namentlich die FPV 2015 einschließlich Anlagen (insbesondere Anlage 1 – Fallpauschalenkatalog gemäß [Â§ 1 Abs. 1 Satz 1 FPV](#) –) und die DKR 2015.

Die Klägerin hat ihre zunächst auf die DRG F12B gestützte Rechnung mit neuer Rechnung vom 24.06.2015 dahingehend korrigiert, dass nunmehr unter Ansatz der DRG F12A für die stationäre Krankenhausbehandlung des B. W. ein Betrag von 15.257,59 Euro, d.h. 4.411,06 Euro mehr als ursprünglich, begehrt wurden. Entgegen der Auffassung der Beklagten ist diese nachträgliche Rechnungskorrektur zulässig.

Zwischen den Beteiligten ist nicht streitig, dass der Klägerin aufgrund stationärer Behandlung des bei der Beklagten Versicherten B. W. zunächst ein Anspruch auf die Vergütung in Höhe von 10.846,53 Euro zustand. Streitig ist allein die Berechtigung der Klägerin zur Vergütungsnachforderung in Höhe von 4.411,06 Euro wegen nachträglicher Änderung der abgerechneten DRG (F12A statt F12B), was zur Überzeugung des Senats zu bejahen ist.

Dem Zahlungsanspruch steht weder der Einwand der Verwirkung (1.) noch ein Ausschluss der Nachforderung aufgrund von [Â§ 7 Abs. 5 Satz 1 und 2 PrÄfvV 2015](#) (2.) entgegen.

1. Die nachträgliche Rechnungskorrektur verstößt nicht gegen den Rechtsgedanken von Treu und Glauben in Form der Verwirkung.

Die Zulässigkeit von Nachforderungen eines Krankenhauses wegen Behandlung eines Versicherten richtet sich mangels ausdrücklicher Regelung gemäß dem über [Â§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) auf die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen einwirkenden Rechtsgedanken des [Â§ 242](#) Bürgerliches

Gesetzbuch (BGB) nach Treu und Glauben in Gestalt der Verwirkung. Die Verwirkung setzt als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebiets das verspätete Geltendmachen des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen. Solche die Verwirkung auslösenden "besonderen Umstände" liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage), und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauenstatbestand), und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde. Das Rechtsinstitut der Verwirkung findet als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung. Als ein Verwirkungsverhalten wertet das BSG regelmäßig die vorbehaltlose Erteilung einer nicht offensichtlich unschlüssigen Schlussrechnung eines Krankenhauses. Eine Vertrauensgrundlage entsteht in der Regel im Anschluss hieran, wenn das Krankenhaus eine Nachforderung weder im gerade laufenden noch nachfolgenden vollen Haushaltsjahr der Krankenkasse (= Kalenderjahr, [Â§ 67 Abs. 1 SGB IV](#)) geltend macht. Der Vertrauenstatbestand erwächst daraus, dass die Krankenkasse regelhaft darauf vertraut, dass das Krankenhaus insoweit keine weiteren Nachforderungen erhebt (BSG, Urteil vom 23.05.2017, [B 1 KR 27/16 R](#)).

Gemessen hieran hat die Klägerin die weitere Vergütung mit $\hat{=}$ nur wenige Monate nach der ursprünglichen Rechnung vom 10.04.2015 $\hat{=}$ korrigierter Rechnung vom 24.06.2015 rechtzeitig nachgefordert. Die Geltendmachung der streitigen Nachforderung war damit nicht wegen Verwirkung unzulässig.

2. Auch unter Berücksichtigung der für stationäre Krankenhausbehandlungen aus dem Jahr 2015 anwendbaren PrÄfV 2015 ist die Klägerin nicht gehindert, die streitige Forderung gegenüber der Beklagten geltend zu machen.

Vorliegend findet die PrÄfV 2015 Anwendung $\hat{=}$ die "Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#)", die am 01.09.2014 in Kraft trat und für die Äberprüfung bei Patienten galt, die ab 01.01.2015 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden. Die nachfolgende Fassung (PrÄfV 2017) vom 03.02.2016 gilt nach deren [Â§ 13 Abs. 1](#) erst für die Äberprüfung bei Patienten, die ab dem 01.01.2017 in ein Krankenhaus aufgenommen worden sind.

Nach [Â§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) (a.F. $\hat{=}$ in der hier maßgeblichen Fassung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes vom 22.12.2011, [BGBl. I, Seite 2983](#)) sind die Krankenkassen verpflichtet, 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.

Nach [Â§ 17c Abs. 2 Satz 1 KHG](#) (a.F. â in der hier maßgeblichen Fassung des Psych-Entgeltgesetzes vom 21.07.2012, [BGBl. I, Seite 1613](#)) regeln der GKV-Spitzenverband und die DKG das Nähere zum Prfverfahren nach [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (a.F.); in der Vereinbarung sind abweichende Regelung zu [Â§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) (a.F.) möglich. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegrndender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des MDK, über den Zeitpunkt der Beauftragung des MDK, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen, [Â§ 17c Abs. 2 Satz 2 KHG](#) a.F.

Hierauf basierend einigten sich der GKV-Spitzenverband und die DKG auf die am 01.09.2014 in Kraft getretene PrfvV 2015, die für die berprfung bei Patienten galt, die ab 01.01.2015 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden.

Nach [Â§ 3 Satz 1 PrfvV 2015](#) hat die Krankenkasse die von dem Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und Korrektheit deren Abrechnung näher zu prüfen und ggf. nach [Â§ 4 PrfvV 2015](#) das Prfverfahren einzuleiten. Dabei hat sie dem Krankenhaus die Auffälligkeiten innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der übermittelten Daten und entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen und hierzu mindestens die Art der Prfung zu bestimmen (etwa Fehlbelegungsprfung, Kodierprfung oder Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen).

Sofern die Krankenkasse den MDK mit der Durchführung einer Prfung nach [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (a.F.) beauftragt, zeigt der MDK dem Krankenhaus die Einleitung der Prfung einschließlich des Datums seiner Beauftragung unverzüglich an; in der Prfanzeige sind die bei der Einleitung des Prfverfahrens mitgeteilten Auffälligkeiten gegebenenfalls zu konkretisieren und zu ergänzen; eine Beschränkung der MDK-Prfung auf den Prfanlass besteht nicht; eine Erweiterung des Prfanlasses ist dem Krankenhaus anzuzeigen, vgl. [Â§ 6 Abs. 3 Satz 1 bis 4 PrfvV 2015](#).

[Â§ 7 PrfvV 2015](#) ("Durchführung der Prfung") enthält nähere Regelungen, wo und wie die Prfung im Einzelnen abzulaufen hat. Nach â dem vorliegend streitentscheidenden â [Â§ 7 Abs. 5 PrfvV 2015](#) sind Korrekturen oder Ergänzen von Datensätzen nur einmalig möglich (Satz 1). Diese hat der MDK nur dann in seine Prfung einzubeziehen, wenn sie innerhalb von fünf Monaten nach Einleitung des MDK-Prfverfahrens an die Krankenkasse erfolgen (Satz 2). Unabhängig hiervon kann das Krankenhaus bei Erweiterung des Prfanlasses nach [Â§ 6 Abs. 3 Satz 4](#) eine einmalige Korrektur oder Ergänzung des Datensatzes innerhalb von fünf Monaten nach dieser Erweiterung vornehmen (Satz 3).

[Â§ 7 Abs. 5 Satz 1 und Satz 2 PrfvV 2015](#) schränkt die Möglichkeit einer nachträglichen Korrektur durch das Krankenhaus also doppelt ein: Es ist nur eine

einmalige Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen möglich. Zudem muss der MDK diese nur dann in seine Prüfung einbeziehen, wenn sie innerhalb von fünf Monaten nach Einleitung des MDK-Verfahrens gegenüber der Krankenkasse erfolgen.

a) Rechtsetzungsbefugnis für materiell-rechtliche Ausschlussfrist?

Ob die Vertragsparteien der PrÄfV 2015 in Â§ 7 Abs. 5 darüber hinaus einen generellen materiell-rechtlichen Ausschluss nachträglicher Rechnungskorrekturen innerhalb der gesetzlich normierten vierjährigen Verjährungsfrist bzw. innerhalb des von der Rechtsprechung des BSG definierten Zeitraums des Einwendungsausschlusses der Verwirkung regeln wollten und durften, ist fraglich. Die Rechtsetzungsbefugnis der Vertragspartner der PrÄfV beschränkte sich auf den in der Rechtsetzungsermächtigung des [Â§ 17c Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 KHG](#) a.F. festgelegten Regelungsgegenstand, also auf "das Nähere zum PrÄfverfahren" nach [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (a.F.). Deshalb wird zum Teil vertreten, dass auf der Grundlage des [Â§ 17c Abs. 2 KHG](#) nur verfahrensrechtliche Regelungen zur Abrechnungsprüfung, nicht jedoch materiell-rechtliche Regelungen zum Vergütungsanspruch des Krankenhauses getroffen werden könnten (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17.04.2019, [L 5 KR 1522/17](#); SG Dortmund, Urteil vom 05.05.2017, [S 49 KR 580/16](#); offengelassen vom LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 13.08.2018, [L 5 KR 155/18 NZB](#)).

Allerdings hat das BSG im Urteil vom 19.11.2019, [B 1 KR 33/18 R](#), in einem obiter dictum ausgeführt, dass zumindest Â§ 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrÄfV 2015 aufgrund hinreichender Ermächtigung durch [Â§ 17c Abs. 2 KHG](#) mit der Vergütungsbegrenzung auf das Unstreitige eine wirksame materiell-rechtliche Ausschlussregelung enthalte. Ob dies gleichermaßen für Â§ 7 Abs. 5 PrÄfV 2015 gilt, ist angesichts des unterschiedlichen Wortlauts (Â§ 7 Abs. 3 Satz 4: Beschränkung des Anspruchs auf den unstrittigen Rechnungsbetrag gegenüber Â§ 7 Abs. 5 Satz 1 und 2: Beschränkung der Korrektur- und Ergänzungsmöglichkeiten) fraglich (verneinend LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 10.12.2019, [L 11 KR 1176/19](#)).

b) Geltung der PrÄfV 2015 für Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit?

Nach der Rechtsprechung des BSG ist bzw. war bei Krankenhausabrechnungen zwischen Auffälligkeitsprüfungen und Prüfungen der materiell-rechtlichen Richtigkeit zu unterscheiden (z.B. BSG, Urteil vom 25.10.2016, [B 1 KR 18/16 R](#)). Der Anwendungsbereich des [Â§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) (a.F.) erfasste demnach nur Prüfbegehren, die mit Hilfe des MDK die Wirtschaftlichkeit der Behandlung kontrollieren sollen (d.h. Auffälligkeitsprüfungen). Die Gesetzesänderung zum 01.01.2016 durch Einfügung von Satz 4 in [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (a.F.), wonach nicht (mehr) zwischen Auffälligkeitsprüfungen und Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit zu unterscheiden ist, hat keine Rückwirkung (BSG, Urteil vom 25.10.2016, [B 1 KR 18/16 R](#)).

Die PrÄ¼fvV 2015 ist auf Grund der ErmÄ¼chtigung des [Â§ 17c Abs. 2 KHG](#) (a.F.) mit Wirkung zum 01.09.2014 in Kraft getreten (Â§ 12 Abs. 1 Satz 1 PrÄ¼fvV 2015). [Â§ 17c Abs. 2 Satz 1 KHG](#) (a.F.) ermÄ¼chtigte die Vertragsparteien dazu, das NÄ¼here zum PrÄ¼fverfahren nach [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (a.F.) zu regeln. Welche PrÄ¼fgegenstände eine PrÄ¼fvV 2015 haben konnte, wurde somit durch [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (a.F.) vorgegeben (BSG, Urteil vom 25.10.2016, [B 1 KR 18/16 R](#), und Urteil vom 23.05.2017, [B 1 KR 24/16 R](#)).

Ob die PrÄ¼fvV 2015 fÄ¼r (wie hier) vor Inkrafttreten des [Â§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V](#) (in der Fassung vom 10.12.2015) zum 01.01.2016 durchgefÄ¼hrte PrÄ¼fungen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung (hier: Kodierung der DRG F12A oder F12B) Ä¼berhaupt gilt, erscheint unter Beachtung der BSG-Rechtsprechung durchaus zweifelhaft (verneinend Hessisches LSG, Urteil vom 14.11.2019, L 8 KR 224/17, nicht verÄ¼ffentlicht; offengelassen vom LSG Baden-WÄ¼rttemberg, Urteil vom 17.04.2019, [L 5 KR 1522/17](#)).

Der Senat lÄ¼sst die unter a) und b) aufgeworfenen Fragen dahingestellt, weil Â§ 7 Abs. 5 PrÄ¼fvV 2015 vorliegend jedenfalls aus weiteren GrÄ¼nden der streitigen nachtrÄ¼glichen Rechnungs Korrektur durch die KlÄ¼gerin nicht entgegensteht.

c) Wortlaut des Â§ 7 Abs. 5 PrÄ¼fvV 2015

Â§ 7 Abs. 5 PrÄ¼fvV 2015 schlieÃ¼t schon nach seinem Wortlaut die nachtrÄ¼gliche Korrektur einer Krankenhausrechnung nicht aus. Nach Â§ 7 Abs. 5 Satz 1 und 2 PrÄ¼fvV 2015 muss der MDK eine einmalige Korrektur oder ErgÄ¼nzung von DatensÄ¼tzen nur dann in seine PrÄ¼fung einbeziehen, wenn sie innerhalb von fÄ¼nf Monaten nach Einleitung des MDK-PrÄ¼fverfahrens an die Krankenkasse erfolgt. Die Regelung wendet sich damit nur an den MDK und bestimmt, welche Korrekturen oder ErgÄ¼nzen er in seine PrÄ¼fung einzubeziehen hat. Konsequenzen fÄ¼r den VergÄ¼tungsanspruch regelt Â§ 7 Abs. 5 PrÄ¼fvV 2015 jedoch gerade nicht (LSG Baden-WÄ¼rttemberg, Urteil vom 17.04.2019, [L 5 KR 1522/17](#): nur "formelle" PrÄ¼klusion im laufenden PrÄ¼fverfahren des MDK; LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 13.08.2018, [L 5 KR 155/18 NZB](#)), er steht damit einer nachtrÄ¼glichen Rechnungs Korrektur im Abrechnungsverfahren, sei es aufgrund des Ergebnisses der MDK-PrÄ¼fung (LSG Baden-WÄ¼rttemberg, Urteil vom 10.12.2019, [L 11 KR 1176/19](#)) oder bzgl. eines anderen, vom PrÄ¼fungsgegenstand nicht erfassten Sachverhalts (SG Reutlingen, Urteil vom 11.01.2017, [S 1 KR 3109/15](#); siehe auch im Folgenden d)), nicht entgegen. Ein anderweitiger Regelungswille der Vertragspartner der PrÄ¼fvV 2015 lÄ¼sst sich mit dem Wortlaut des Â§ 7 Abs. 5 PrÄ¼fvV 2015 nicht vereinbaren.

d) Sachliche Reichweite des Â§ 7 Abs. 5 PrÄ¼fvV 2015

Weiter gelten die Regelungen des Â§ 7 Abs. 5 Satz 1 und 2 PrÄ¼fvV 2015 nur insofern, als Ä¼berhaupt eine PrÄ¼fung durch den MDK erfolgt (ebenso Hessisches LSG, Urteil vom 14.11.2019, L 8 KR 224/17).

Wenn keine PrÄ¼fung einer Krankenhausabrechnung durch den MDK stattfindet,

gilt die oben dargestellte Rechtsprechung des BSG zur Zulässigkeit einer nachträglichen Rechnungsorrektur (Verwirkung) auch unter Geltung der PrÄfV uneingeschränkt weiter. Erfolgt dagegen – wie hier – eine PrÄfung durch den MDK, kann Â§ 7 Abs. 5 PrÄfV 2015 die vom BSG aufgestellten Grundsätze zur nachträglichen Rechnungsorrektur nur insoweit modifizieren, als die Rechnungsorrektur den Gegenstand einer AbrechnungsprÄfung durch den MDK betrifft. Bezieht sich also der PrÄfanlass auf einen anderen Sachverhalt als die Rechnungsorrektur, ist eine Rechnungsorrektur gemäß der Rechtsprechung des BSG noch bis zum Ende des auf die Schlussrechnung folgenden Kalenderjahres zulässig. Die in Â§ 7 Abs. 5 PrÄfV 2015 enthaltene FÄnfmonatsfrist findet in diesen FÄllen keine Anwendung.

Dies belegt bereits das Ineinandergreifen der Regelungen der PrÄfV 2015 zum PrÄfverfahrensablauf. Bei Einleitung des PrÄfverfahrens muss die Krankenkasse nach Â§ 4 PrÄfV 2015 zumindest die Art bzw. den Umfang der PrÄfung bestimmen und dies dem Krankenhaus mitteilen. In der PrÄfanzeige des MDK gegenüber dem Krankenhaus sind die Auffälligkeiten gegebenenfalls zu konkretisieren und zu ergÄnzen, Â§ 6 Abs. 3 Satz 2 PrÄfV 2015. Art und Umfang der PrÄfung sind damit vorgegeben und der MDK hat im Folgenden entsprechend dem PrÄfauftrag die PrÄfung durchzuführen. (Nur) insofern sind Korrekturen und ErgÄnzungen von Datensätzen nur einmalig innerhalb von FÄnf Monaten nach Einleitung des MDK-PrÄfverfahrens möglich, Â§ 7 Abs. 5 Satz 1 und 2 PrÄfV 2015. Bestätigt wird dieses Ergebnis durch die Regelungen in Â§ 6 Abs. 3 Satz 3 und 4 und Â§ 7 Abs. 5 Satz 3 PrÄfV 2015. Danach ist eine Erweiterung des PrÄfanlasses zulässig, jedoch dem Krankenhaus anzuzeigen. Es beginnt dann eine neue FÄnfmonatsfrist zu laufen. Dies belegt, dass die FÄnfmonatsfrist sich nur auf den jeweiligen PrÄfanlass und damit auf die jeweils durchgeführte Art der PrÄfung bezieht (insg. ebenso SG Reutlingen, Urteil vom 11.01.2017, [S 1 KR 3109/15](#)).

Vorliegend hat die Beklagte gegenüber der KlÄgerin in ihrem Schreiben vom 14.04.2015 als Art der PrÄfung eine FehlbelegungsprÄfung bestimmt, weil die Äberschreitung der oberen Grenzverweildauer nicht plausibel sei. Dem Auftrag entsprechend befasste sich das MDK-Gutachten vom 11.06.2015 nur mit dieser Frage und kam zusammenfassend zu dem Ergebnis, dass die stationäre Verweildauer medizinisch plausibel und sachgerecht gewesen sei. Mit der Frage, ob die Krankenhausbehandlung des B. W. zutreffend kodiert worden war (DRG F12A oder F12B), hat sich das Gutachten des MDK aufgrund des konkret bestimmten PrÄfauftrags ("FehlbelegungsprÄfung") nicht befasst.

Die Rechnungsorrektur der KlÄgerin vom 24.06.2015 beruhte demgegenüber auf einer von ihr festgestellten Fehlkodierung. Diese stand in keinem Zusammenhang mit der beim MDK in Auftrag gegebenen FehlbelegungsprÄfung, sondern betraf einen anderen Sachverhalt, sodass hierauf Â§ 7 Abs. 5 Satz 1 und 2 PrÄfV 2015 keine Anwendung findet. Im Übrigen hat sich auch die Beklagte selbst zunächst nicht auf einen Ausschluss der Rechnungsorrektur vom 24.06.2015 nach Â§ 7 Abs. 5 PrÄfV 2017 berufen, sondern den medizinischen Sachverhalt mit ihrer BeratungsÄrztin erneut bewertet (vgl. Schreiben der

Beklagten vom 14.07.2015).

Unerheblich ist, dass der Rechnungskorrektur der Klägerin vom 24.06.2015 auch eine Datensatzkorrektur im Sinne von [Â§ 301 SGB V](#) aufgrund der Änderung der Nebendiagnose (T82.8. statt T81.0) zugrunde lag. Denn für diese Korrektur außerhalb des Prüfungsgegenstands ist nach dem Vorgesagten bereits der Anwendungsbereich ist [Â§ 7 Abs. 5 PrÄfvV 2015](#) nicht eröffnet.

Die Beklagte weist zwar zutreffend darauf hin, dass Sinn und Zweck der PrÄfvV unter anderem die Beschleunigung des Prüfverfahrens ist. Hierzu sollte es nach den Gesetzesmaterialien den Vertragspartnern auf Bundesebene ermöglicht werden, die Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Krankenkassen effektiver und konsensorientierter zu gestalten ([BT-Drucks. 17/13947, Seite 38](#)). Allerdings gilt dieses Beschleunigungsgebot, anders als die Beklagte meint, nur jeweils im Rahmen der konkret durchgeführten Prüfung, also innerhalb des jeweiligen Prüfungsauftrags. Anderweitige Korrekturen können bzw. konnten dagegen, wie dargelegt, innerhalb der von BSG gezogenen Grenzen der Verwirkung ohne die Einschränkungen des [Â§ 7 Abs. 5 PrÄfvV 2015](#) und damit auch außerhalb des MDK-Prüfverfahrens geltend gemacht werden.

Dies gilt jedenfalls unter der Anwendung der PrÄfvV 2015 und 2017. Dagegen regelt [Â§ 17c Abs. 2a KHG](#) in der Fassung des MKD-Reformgesetzes vom 14.12.2019 ([BGBl. I, Seite 2789](#) ff.), dass nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse eine Korrektur dieser Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen ist, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfungsergebnisses des Medizinischen Dienstes oder eines rechtskräftigen Urteils erforderlich ist (Satz 1). Nach Abschluss einer Prüfung nach [Â§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) erfolgen keine weiteren Prüfungen der Krankenhausabrechnung durch die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst (Satz 2). In der Vereinbarung nach [Â§ 17c Abs. 2 Satz 1 KHG](#) können von den Sätzen 1 und 2 abweichende Regelungen vorgesehen werden (Satz 3). (Allerdings finden nach der Übergangsvereinbarung vom 10.12.2019 zur PrÄfvV 2017 vom 06.03.2016 u.a. die Regelungen zur Korrektur und Ergänzung von Datensätzen nach [Â§ 7 Abs. 5 PrÄfvV 2017](#) auch aktuell weiterhin Anwendung.)

In der Gesetzesänderung zu [Â§ 17c Abs. 2a KHG](#) heißt es, die Krankenhäuser hätten bisher nach Rechnungsstellung, während einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst sowie teilweise noch nach Einleitung eines Gerichtsverfahrens ihre Rechnung, zum Teil mehrfach, korrigiert, was eine effiziente und zügige Durchführung der Prüfverfahren und der Verfahren vor dem Sozialgericht erschwere. Zur Erleichterung und Beschleunigung dieser Verfahren würden deshalb Korrekturen von Krankenhausrechnungen durch [Â§ 17c Abs. 2a KHG](#) grundsätzlich (abgesehen von den in Satz 1 Halbsatz 2 genannten Ausnahmen) ausgeschlossen ([BT-Drucks. 19/13397, Seite 87](#)). Eine solche Regelung wäre unnötig, wenn die Vertragsparteien der PrÄfvV selbst dies bereits geregelt hätten.

Anders als [Â§ 7 Abs. 5 PrÄfvV 2015](#) und 2017, wo es unter der Überschrift

"Durchfö½hrung der Prö½fung" um Korrekturen und Ergö½nzungen von "Datensö½tzen" ö½ bzgl. des Prö½fungsgegenstands (s.o.) ö½ geht, schlieö½t [ö½ 17c Abs. 2a KHG](#) nunmehr grundsö½tzlich die Korrektur der "Rechnung" insgesamt aus. Der Gesetzesbegrö½ndung kann zudem nur entnommen werden, dass die bisherigen nachtrö½glichen Rechnungskorrekturen als ineffizient und einem zö½gigen Verfahren nicht zutrö½glich erachtet wurden, nicht jedoch, dass der Gesetzgeber dies als bislang unzulö½ssig erachtet hö½tte.

e) Zeitliche Reichweite des ö½ 7 Abs. 5 Prö½fvV 2015

Selbst wenn man ungeachtet der obigen Ausfö½hrungen ö½ 7 Abs. 5 Satz 1 und 2 Prö½fvV 2015 auf die streitgegenstö½ndliche Rechnungskorrektur anwenden wö½rde, durfte die Klö½gerin ihre Rechnung vom 10.04.2015 mit neuer Rechnung vom 24.06.2015 korrigieren. Die Korrektur erfolgte vorliegend unstrittig innerhalb von fö½nf Monaten nach Einleitung des MDK-Prö½fverfahrens im April 2015.

Die Prö½fvV vom 03.02.2016, in Kraft getreten am 01.01.2017, sieht in ö½ 7 Abs. 5 Satz 3 (erstmal) vor, dass bei Beendigung der Begutachtung vor Ablauf der Fö½nfmonatsfrist eine Korrektur oder Ergö½nzung von Datensö½tzen nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK mö½glich ist. Eine entsprechende Auslegung der bis zum 31.12.2016 geltenden Regelungen der Prö½fvV 2015 kommt nicht in Betracht, sie findet im Wortlaut des ö½ 7 Abs. 5 Prö½fvV 2015 keine Grundlage. Wie das SG Wö½rzburg zutreffend ausgefö½hrt hat, lag bis Ende 2016 eben keine Regelung dergestalt vor, dass die Fö½nfmonatsfrist nur gelten sollte, solange der MDK noch mit der Prö½fung befasst war (so auch LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 22.02.2018, [L 16 KR 445/17 NZB](#); SG Reutlingen, Urteil vom 11.01.2017, [S 1 KR 3109/15](#); SG Landshut, Urteil vom 26.06.2019, [S 6 KR 151/17](#); ebenso: Umsetzungshinweise der DKG zur Anwendung der Vereinbarung ö½ber das Nö½here zum Prö½fverfahren nach [ö½ 275 Abs. 1c SGB V](#) (Prö½fverfahrensvereinbarung ö½ Prö½fvV) gemö½ö½ [ö½ 17c Abs. 2 KHG](#), Das Krankenhaus 2014, Seite 950; anders dagegen: Hinweise des GKV-Spitzenverbandes zur Vereinbarung ö½ber das Nö½here zum Prö½fverfahren nach [ö½ 275 Abs. 1c SGB V](#) (Prö½fverfahrensvereinbarung ö½ Prö½fvV) gemö½ö½ [ö½ 17c Abs. 2 KHG](#) (Stand 05.11.2014), Seite 14, 15). Dafö½r, dass ö½ 7 Abs. 5 Satz 3 Prö½fvV 2017 Rö½ckwirkung fö½r bereits abgeschlossene Behandlungsfö½lle zukö½me, ist nichts ersichtlich.

Insgesamt durfte deshalb die Klö½gerin die ursprö½ngliche Rechnung durch die korrigierte Rechnung vom 24.06.2015 ersetzen, weil auch ö½ 7 Abs. 5 Prö½fvV 2015 dieser Korrektur nicht entgegensteht.

Zwischen den Beteiligten ist unstrittig (vgl. Erklö½rung der Beklagten im Erö½rterungstermin am 08.06.2020), dass als Nebendiagnose T82.8 zu kodieren war, woraus sich die DRG F12A statt F12B ergibt. Weitergehende Einwö½nde gegen die Hö½he der korrigierten Rechnung vom 24.06.2015 wurden von der Beklagten nicht erhoben und sind auch ansonsten nicht ersichtlich.

Damit hat die Klö½gerin einen Anspruch auf die streitige Vergö½tungsnachzahlung

in Höhe von 4.411,06 Euro.

Die Klägerin hat auch Anspruch auf Verzugszinsen im Umfang der beantragten und vom SG zuerkannten Zinsen in Höhe von vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 18.07.2015 auf den nicht erfüllten Vergütungsanspruch gemäß [Â§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#), [Â§ 288 Abs. 1 Satz 1 BGB](#) i.V.m. [Â§ 22 Nr. 1 Satz 2](#) der für die Klägerin maßgeblichen Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2015. Die dispositive gesetzliche Zinsregelung des [Â§ 288 Abs. 1 Satz 2 BGB](#) (fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz) wird hier durch die vorrangige vertragliche Vereinbarung der Pflegesatzvereinbarung verdrängt (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2009, [B 1 KR 8/09 R](#)).

Die Berufung der Beklagten ist somit zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Â§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Streitwertfestsetzung folgt aus [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Â§ 47 Abs. 1](#), [Â§ 52 Abs. 3](#), [Â§ 43 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([Â§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Erstellt am: 22.01.2021

Zuletzt verändert am: 22.12.2024