

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
18. Mai 2021

Urteil

in dem Rechtsstreit

BSG Az.: **B 1 KR 34/20 R**

Bayerisches LSG 13.08.2020 - L 4 KR 437/19

SG Landshut 26.06.2019 - S 6 KR 151/17

.....,

Kläger und Revisionsbeklagter,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK Bayern - Die Gesundheitskasse,
Carl-Wery-Straße 28, 81739 München,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 18. Mai 2021 durch den Präsidenten Prof. Dr. Schlegel, die Richter Dr. Estelmann und Dr. Scholz sowie die ehrenamtlichen Richterinnen Butzmühlen und Dr. Strauss für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 13. August 2020 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 5371,36 Euro festgesetzt.

Gründe :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.
- 2 Der Kläger ist Träger eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses (nachfolgend: Krankenhaus). Es behandelte den bei der beklagten Krankenkasse (KK) Versicherten vollstationär vom 12. bis 14.4.2016 und berechnete hierfür zunächst 5289,40 Euro (*Schlussrechnung vom 25.4.2016; Fallpauschale <DRG> F12G*). Es kodierte dazu ua OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) 5-377.2 (*Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde*). Die KK beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung, ob das Überschreiten der unteren Grenzverweildauer medizinisch begründet sei. Der MDK bejahte dies (*Stellungnahme vom 22.12.2016*). Mit Schlussrechnung vom 25.1.2017 änderte das Krankenhaus seine ursprüngliche Abrechnung, berechnete nunmehr DRG F01G (10 660,76 Euro) und forderte von der KK die Zahlung weiterer 5371,36 Euro. Hierbei kodierte es OPS 5-377.50 (*Defibrillator mit Einkammer-Stimulation, ohne atriale Detektion*) anstelle von OPS 5-377.2. Die KK zahlte nur 5289,40 Euro und verweigerte im Übrigen die Zahlung: Die Nachforderung sei nach § 7 Abs 5 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung - PrüfV 2014) iVm § 17c Abs 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ausgeschlossen. Das SG hat der Klage des Krankenhauses auf Zahlung von 5371,36 Euro nebst Zinsen stattgegeben (*Urteil vom 26.6.2019*). Das LSG hat die Berufung der KK zurückgewiesen: Es sei unstreitig, dass die stationäre Behandlung des Versicherten richtigerweise unter Kodierung von OPS 5-377.50 nach der DRG F01G abzurechnen sei. Die sich dadurch ergebende Nachforderung iH von 5371,36 Euro sei weder verjährt noch verwirkt und auch nicht nach § 7 Abs 5 Satz 2 PrüfV 2014 ausgeschlossen. Die Vorschrift regle keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist (*Urteil vom 13.8.2020*).
- 3 Die KK rügt mit ihrer Revision sinngemäß die Verletzung von § 17c Abs 2 KHG iVm § 7 Abs 5 Satz 2 PrüfV 2014. Die Regelung schließe als materiell-rechtliche Ausschlussfrist eine Rechenkorrektur nach Abschluss der MDK-Prüfung aus. Die Vorschrift sei im Lichte des Beschleunigungsgebotes auszulegen und bezwecke, dass der MDK nicht mehrfach mit einer Begutachtung beauftragt werde. Die Auffassung des LSG führte dazu, dass der MDK Fälle erneut prüfen müsste und das Verfahren hierdurch verzögert würde. Ein Verstoß des Krankenhauses gegen § 7 Abs 5 PrüfV 2014 hätte keine vergütungsrechtlichen Konsequenzen. Die Vorschrift würde "sinnentleert".
- 4 Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Bayerischen Landessozialgerichts vom 13. August 2020 und des Sozialgerichts Landshut vom 26. Juni 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

5 Der Kläger beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

6 Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

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

8 Die auf Zahlung höherer Krankenhausvergütung gerichtete echte Leistungsklage ist in dem hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zwischen klagendem Krankenhaus und KK gemäß § 54 Abs 5 SGG zulässig (*stRspr; vgl zB BSG vom 30.6.2009 - B 1 KR 24/08 R - BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12 mwN*). Sie ist auch begründet. Das klagende Krankenhaus hatte im April 2016 bereits 5289,40 Euro für die Behandlung des Versicherten abgerechnet. Es durfte gleichwohl seine Abrechnung im Januar 2017 ändern und weitere 5371,36 Euro von der KK nebst Zinsen nachfordern. Dieser Anspruch auf weitere Vergütung für die stationäre Behandlung des Versicherten ist entstanden (*dazu 1.*). Der Anspruch ist weder - wie die KK meint - infolge einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist erloschen noch steht seiner Durchsetzung eine sonstige Einwendung entgegen (*dazu 2.*). Dem Krankenhaus steht auch der vom SG tenorierte Zinsanspruch zu (*dazu 3.*).

9 1. Die Voraussetzungen des Anspruchs des Krankenhauses auf Zahlung weiterer 5371,36 Euro Vergütung für die vollstationäre Behandlung des Versicherten vom 12.4. bis 14.4.2016 sind erfüllt. Dem Krankenhaus stand dem Grunde nach ein Vergütungsanspruch für die unstreitig erforderliche stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten zu (*vgl zu den Grundvoraussetzungen des Vergütungsanspruchs: BSG vom 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13, 15 mwN; BSG vom 19.3.2020 - B 1 KR 22/18 R - juris RdNr 11 mwN; vgl zum rechtlichen Rahmen der Fallpauschalenvergütung, insbesondere zum Gruppierungsvorgang, zur Rechtsqualität der Fallpauschalenvereinbarung und der Einbeziehung des OPS vgl BSG vom 8.11.2011 - B 1 KR 8/11 R - BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 ff*).

10 Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die Krankenhausvergütung für die Behandlung des Versicherten unter Berücksichtigung von OPS 5-377.50 richtigerweise nach der DRG F01G zu vergüten ist und sich daraus ein Vergütungsanspruch von insgesamt 10 660,76 Euro ergibt. Dieser übereinstimmende, auch vom LSG als zutreffend angesehene Beteiligtenvortrag wird vom Senat zugrunde gelegt (*stRspr; vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG vom 26.5.2020 - B 1 KR 26/18 R - juris RdNr 11 mwN*). Da die KK bisher nur 5289,40 Euro zahlte, verbleibt ein bislang nicht erfüllter Restvergütungsanspruch auf 5371,36 Euro.

- 11 2. Das Krankenhaus durfte diesen Restvergütungsanspruch auch fällig stellen und hierzu seine Abrechnung im Januar 2017 korrigieren. Es durfte OPS 5-377.50 nachkodieren und die hierdurch angesteuerte DRG F01G mit insgesamt 10 660,76 Euro auch nach Abschluss des von der KK eingeleiteten Prüfverfahrens dieser in Rechnung stellen. Der Anspruch auf den Restbetrag iH von 5371,36 Euro ist nicht nach dem hier zeitlich anwendbaren § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 (*dazu a*) ausgeschlossen. § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 regelt keine materielle Ausschlussfrist, sondern eine materielle Präklusion (*dazu b*). Deren sachlicher Anwendungsbereich ist hier jedoch nicht eröffnet (*dazu c*). Der Anspruch des Krankenhauses auf Zahlung weiterer 5371,36 Euro ist auch nicht nach § 69 Abs 1 Satz 3 SGB V iVm § 242 BGB verwirkt (*dazu d*).
- 12 a) § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 ist zeitlich auf die im Jahr 2016 durchgeführte Krankenhausbehandlung des Versicherten anwendbar. Die mit Wirkung zum 1.9.2014 aufgrund der Ermächtigung des § 17c Abs 2 KHG (*idF des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, BGBl I 2423*) in Kraft getretene und später gekündigte PrüfvV 2014 erfasst Überprüfungen bei Versicherten, die ab dem 1.1.2015 aufgenommen wurden (§ 12 Abs 1 PrüfvV 2014; für Krankenhausaufnahmen ab dem 1.1.2017 gilt die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretene PrüfvV vom 3.2.2016; vgl BSG vom 30.7.2019 - B 1 KR 31/18 R - BSGE 129, 1 = SozR 4-7610 § 366 Nr 2, RdNr 14). Ob die PrüfvV 2014 inhaltlich Rechtsfolgen hinsichtlich der Änderungen des Datensatzes für die Zeit ab 2016 wirksam regeln durfte, bedarf hier keiner abschließenden Beurteilung. § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 schließt auch - bei seiner nachfolgend unterstellten - sachlichen Anwendbarkeit den Anspruch des klagenden Krankenhauses hier nicht aus (*dazu im Einzelnen 2.b und c*).
- 13 § 17c Abs 2a Satz 1 KHG (*idF des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen <MDK-Reformgesetz> vom 14.12.2019, BGBl I 2789, mit Wirkung vom 1.1.2020, Art 15 Abs 1 MDK-Reformgesetz; zu den Grundsätzen des intertemporalen Sozialrechts vgl BSG vom 23.5.2017 - B 1 KR 24/16 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 8 RdNr 32 mwN*), wonach eine Korrektur der an die KK übermittelten Abrechnung durch das Krankenhaus grundsätzlich ausgeschlossen ist, ist jedenfalls nicht rückwirkend auf Sachverhalte anzuwenden, bei denen das Krankenhaus - wie hier - vor Inkrafttreten der Regelung wirksam die Abrechnung korrigiert hat.
- 14 b) § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 bewirkt eine materielle Präklusionsregelung mit der Rechtsfolge, dass Änderungen zugunsten des vom Krankenhaus zu Abrechnungszwecken an die KK übermittelten Datensatzes nach Ablauf der in der PrüfvV geregelten Änderungsfristen unzulässig sind, soweit der Datensatz Gegenstand des Prüfverfahrens geworden ist. Änderungen des MDK-geprüften Teils des Datensatzes nach § 301 SGB V außerhalb der in § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 geregelten Änderungsmöglichkeiten sind - auch mit Wirkung für ein ggf nachfolgendes Gerichtsverfahren - unzulässig. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses kann nicht erfolgreich auf Grundlage von neuen (geänderten oder ergänzten) Daten durchgesetzt werden, deren Übermittlung unzulässig ist.

- 15 Im Gegensatz zu einer den Anspruch ganz oder teilweise allein durch Zeitablauf ausschließenden Regelung des materiellen Rechts, die den Verlust einer materiell-rechtlichen Anspruchsposition zur Folge hat (materiell-rechtliche Ausschlussfrist), geht nach § 7 Abs 5 Satz 1 und 2 PrüfvV 2014 der Anspruch auf die weitere Vergütung nicht allein wegen des Fristablaufs unter (*zu Begriff und Wirkung materiell-rechtlicher Ausschlussfristen vgl BSG vom 13.11.2012 - B 1 KR 27/11 R - BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr 1 = juris RdNr 35; BGH vom 29.4.2020 - VIII ZR 355/18 - NJW 2020, 1947, RdNr 21; BGH vom 1.9.2020 - EnVR 104/18 - WM 2021, 96, RdNr 16 mwN; BVerwG vom 22.10.1993 - 6 C 10/92 - Buchholz 421 Kultur- und Schulwesen Nr 111 = juris RdNr 16 mwN; BAG vom 3.12.2019 - 9 AZR 95/19 - AP Nr 107 zu § 1 TVG Tarifverträge: Einzelhandel = juris RdNr 42*). Die Vorschrift führt nicht zum Erlöschen des durch die Behandlungsleistung entstandenen Vergütungsanspruchs. Sie begründet aber eine materielle Präklusion. Dies bedeutet, dass die nach dem jeweiligen Regelungszusammenhang erforderlichen Handlungen zur Durchsetzung oder Abwehr eines Anspruchs ausgeschlossen sind. Dies hat bei § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 zur Folge, dass die Vergütungsforderung des Krankenhauses nicht auf der Grundlage neuer - präkludierter - Daten durchgesetzt werden kann (*vgl zur Wirkung der Präklusion im Rahmen des § 7 Abs 2 Satz 2 bis 4 PrüfvV 2014 und zur verfassungsrechtlichen Zulässigkeit materieller Präklusionsregelungen die Urteile vom 18.5.2021 - B 1 KR 32/20 R und B 1 KR 24/20 R*). Das Krankenhaus verliert das Recht, den Datensatz nach § 301 SGB V zu ändern, soweit er Prüfgegenstand der von der KK veranlassenen MDK-Prüfung geworden ist; dies auch mit Wirkung für das Gerichtsverfahren.
- 16 Voraussetzung für die Fälligkeit des Anspruchs auf eine - wie hier geltend gemachte - höhere Vergütung ist eine ordnungsgemäß korrigierte Abrechnung (*vgl auch BSG vom 13.11.2012 - B 1 KR 14/12 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 31*). Diese liegt nur vor, wenn die betreffenden Daten nach § 301 SGB V rechtmäßig noch übermittelt werden durften. Dagegen kann der Vergütungsanspruch, insbesondere auch eine Nachforderung, weiterhin mit anderen, nicht von der materiellen Präklusion erfassten Daten innerhalb der Grenzen von Verwirkung und Verjährung erfolgreich durchgesetzt werden. Insoweit müssen die rechtmäßig übermittelten Daten jedoch zutreffend sein; unzutreffende Daten können grundsätzlich keinen Vergütungsanspruch begründen. Die Rechtsfolge des § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 hat daher Auswirkungen nicht nur für den Austausch der Daten zur Begründung einer Nachforderung, sondern auch für Datenänderungen zur Begründung eines gleichbleibenden oder verminderten Rechnungsbetrags. Denn soweit der nicht mehr veränderbare Teil des Datensatzes unzutreffende Daten enthält, kann das Krankenhaus hierauf regelmäßig keinen durchsetzbaren Vergütungsanspruch stützen. Unzutreffende, nicht mehr änderbare Daten fallen als Berechnungselemente grundsätzlich ersatzlos weg. Dies gilt allerdings nicht, wenn es "nur" um quantitative Angaben geht (zB Dauer der Beatmungsstunden, Geburtsgewicht, OPS-Kodes mit quantitativen Unterscheidungen), also nicht ein Aliud, sondern ein Minus oder ein Plus zutreffend hätte kodiert werden müssen. Wie die Fälle zu behandeln sind, in denen die im Datensatz mitgeteilte, vom Prüfauftrag umfasste

Hauptdiagnose (erstgenannte Diagnose) unzutreffend und eine Nachkodierung ausgeschlossen ist, lässt der Senat ausdrücklich offen.

- 17 Die materielle Präklusionswirkung sei an einem Beispiel illustriert: Ein Krankenhaus kodiert vier Nebendiagnosen, die in ihrer Kombination vergütungsrelevant sind. Die KK erteilt dem MDK einen Prüfauftrag bzgl der Nebendiagnosen. Der MDK sieht, wie sich im Gerichtsverfahren später herausstellt, zu Recht zwei Nebendiagnosen als nicht kodierfähig an, sodass die Vergütungsrelevanz der Nebendiagnosen entfällt und die Vergütung geringer ist. Hat das Krankenhaus in Reaktion auf den MDK nach Ablauf der in § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 vorgesehenen Fristen vorsorglich weitere Nebendiagnosen kodiert, die ebenfalls vergütungsrelevant sind, und den geänderten Datensatz der KK übermittelt, spielt es keine Rolle, ob diese Nachkodierung zutreffend ist. Die nachkodierten Nebendiagnosen sind auch im Gerichtsverfahren nicht mehr berücksichtigungsfähig und nicht geeignet, einen höheren oder auch nur gleich hohen Vergütungsanspruch zu begründen.
- 18 Die materielle Präklusionswirkung im beschriebenen Sinne kann erhebliche negative finanzielle Konsequenzen für das Krankenhaus zur Folge haben. Dies zeigt, dass entgegen der Auffassung der beklagten KK § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 auch ohne Annahme einer materiellen Ausschlussfrist nicht sinnentleert ist.
- 19 Die Regelung einer solchen materiellen Präklusionswirkung ist durch die Ermächtigungsgrundlage in § 17c Abs 2 KHG gedeckt. Danach regeln der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) "das Nähere zum Prüfverfahren" nach § 275 Abs 1c SGB V. Die Vorschrift ermächtigt die Parteien der PrüfvV dazu, an die Verletzung von Mitwirkungsobliegenheiten im Prüfverfahren Rechtsfolgen zu knüpfen, die auch die Durchsetzbarkeit des Vergütungsanspruchs betreffen. Aus dem gesetzlichen Regelungsauftrag des § 17c Abs 2 KHG folgt jedoch keine zwingende Notwendigkeit eines umfassenden materiell-rechtlichen Anspruchsverlustes bei nachträglichen Datenänderungen durch das Krankenhaus. Ebenso wenig kann dies aus den sonstigen normativen Rahmenbedingungen für die Krankenhausbehandlung hergeleitet werden. Vielmehr sind Nachforderungen in den Grenzen des § 242 BGB grundsätzlich zulässig (*vgl BSG vom 23.5.2017 - B 1 KR 27/16 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 62 RdNr 9 mwN; zur Rechtslage ab 1.1.2020 vgl § 17c Abs 2a Satz 1 KHG*).
- 20 Die aufgezeigte materielle Präklusionswirkung ergibt sich aus der Anwendung der allgemeinen Auslegungsregeln (*dazu aa*), nämlich aus Wortlaut und Binnensystematik der PrüfvV (*dazu bb*), dem Regelungssystem (*dazu cc*) sowie Sinn und Zweck der Vorschrift unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte (*dazu dd*).
- 21 aa) Die Anwendung der normenvertraglichen Bestimmungen der PrüfvV 2014 unterliegt den allgemeinen für Gesetze geltenden Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Es ist nicht auf

den subjektiven Willen der Beteiligten, sondern auf die objektive Erklärungsbedeutung abzustellen. Den jeweils nicht mit vereinbarten "Umsetzungshinweisen" der DKG (*vgl KH 2014, 938 bis 956*) und den "Hinweisen" des GKV-Spitzenverbandes (*vgl www.gkv-spitzenverband.de, abgerufen am 17.5.2021*) zur PrüfV 2014 kommt deshalb keine Bedeutung bei der Auslegung zu. Die objektive Erklärungsbedeutung ist umfassend zu ermitteln (*vgl zur normativen Auslegung BSG vom 3.3.1999 - B 6 KA 18/98 R - juris RdNr 15; BSG vom 22.11.2012 - B 3 KR 10/11 R - SozR 4-2500 § 132a Nr 6 RdNr 20 mwN*). Die für Abrechnungsbestimmungen geltenden Einschränkungen im Sinne einer eng am Wortlaut orientierten, nur durch systematische Erwägungen unterstützten Auslegung gelten nicht. Die Besonderheiten für die Auslegung von Abrechnungsbestimmungen ergeben sich aus ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems (*stRspr; vgl nur BSG vom 17.12.2019 - B 1 KR 19/19 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 15 RdNr 13 mwN*). Die Regelungen der PrüfV stehen nicht unmittelbar im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes, sondern regeln vornehmlich als Verfahrensvorschriften die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens nach § 275 Abs 1c SGB V. Das Prüfverfahren ist zwar mit einer erheblichen quantitativen Bedeutung in die routinemäßige Abwicklung der Abrechnungsvorgänge eingebunden. Die Prüfverfahrensvorschriften wirken sich aber als Verfahrensregelungen nicht qualitativ auf die Bewertungsrelationen des Vergütungssystems aus. Die Auslegung der Prüfverfahrensregelungen berührt nicht das Verständnis der zu kodierenden Berechnungselemente (insbesondere Diagnosen und Prozeduren) und Kodierregeln, die iVm dem Grouper-Algorithmus die Bewertungsrelationen festlegen. Deshalb hat der Senat auch bisher schon alle anerkannten Auslegungsmethoden bei der Auslegung der PrüfV berücksichtigt (*vgl BSG vom 30.7.2019 - B 1 KR 31/18 R - BSGE 129, 1 = SozR 4-7610 § 366 Nr 2, RdNr 21 bis 24*).

22 bb) Die materielle Präklusionswirkung des § 7 Abs 5 Satz 1 und 2 PrüfV 2014 in dem beschriebenen Sinne folgt bereits aus dem Wortlaut der Vorschrift und der Binnensystematik der PrüfV 2014. Die Vorschrift lautet: "Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen sind nur einmalig möglich. Diese hat der MDK nur dann in seine Prüfung einzubeziehen, wenn sie innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens nach § 6 Absatz 2 an die Krankenkasse erfolgen."

23 Das Wort "Datensatz" in § 7 Abs 5 Satz 1 PrüfV 2014 bezieht sich auf die nach § 301 SGB V von dem Krankenhaus an die KK übermittelten Daten. Dies folgt ua aus § 3 Satz 1 und 2 PrüfV 2014. Danach erfolgt die Überprüfung der Leistungs- und Abrechnungsdaten durch die KK auf der Grundlage der von den Krankenhäusern nach § 301 SGB V korrekt und vollständig zu übermittelnden Daten. Mit den Worten "Daten", "Datensatz" bzw "Datensätzen" wird ebenso in anderen Bestimmungen der PrüfV 2014 auf § 3 Satz 1 und 2 PrüfV 2014 und damit auf die Daten nach § 301 SGB V Bezug genommen (*vgl § 4 Satz 1, § 5 Abs 1 und 4, § 6 Abs 1 Buchst a und b sowie § 7 Abs 5 Satz 3 PrüfV 2014*). Die Änderung dieses Datensatzes ist nach dem Wortlaut des § 7 Abs 5 PrüfV 2014 nur sehr eingeschränkt zulässig. Satz 1 besagt ausdrücklich, dass Korrekturen oder Ergänzungen des Datensatzes "nur einmal möglich" sind. Darüber hinaus wird

die Änderung des "Datensatzes" durch die in Satz 2 geregelte Fünf-Monats-Frist ausdrücklich auch zeitlich beschränkt.

- 24 Gegen ein Verständnis des § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 als materiell-rechtliche Ausschlussfrist für Nachforderungen des Krankenhauses im Sinne eines vollständigen Anspruchsverlustes allein durch Zeitablauf spricht bereits, dass eine solche Rechtsfolge weder mit diesem Begriff noch mit einer entsprechenden inhaltlichen Regelung im Wortlaut aufzufinden ist. Wegen der weitreichenden Folgen wäre dies jedoch grundsätzlich zu erwarten (*vgl hierzu auch BSG vom 23.3.2016 - B 6 KA 14/15 R - SozR 4-5555 § 17 Nr 1 RdNr 30; BSG vom 13.12.2011 - B 1 KR 9/11 R - SozR 4-2500 § 133 Nr 6 RdNr 23*).
- 25 cc) Der Wortlautbefund fügt sich in das Regelungssystem ein. Nach der Rspr des BSG bestehen im Verhältnis zwischen Krankenhäusern, KKn und dem MDK Auskunfts- und Prüfpflichten auf drei Ebenen (*vgl nur BSG vom 13.11.2012 - B 1 KR 14/12 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 29 mwN*): Auf der ersten Stufe hat das Krankenhaus alle Daten nach § 301 Abs 1 SGB V zutreffend und vollständig zu übermitteln (*so auch § 3 Satz 2 und 3 PrüfvV 2014*). Ergeben sich für die KK bei der Prüfung dieser Daten sowie weiterer zur Verfügung stehender Informationen Auffälligkeiten, ist auf der zweiten Stufe ein Prüfverfahren nach § 275 Abs 1 Nr 1, Abs 1c SGB V einzuleiten (*so auch §§ 4 und 6 PrüfvV 2014; zur Möglichkeit vor Beauftragung des MDK ein "Vorverfahren" bzw einen "Falldialog" durchzuführen vgl § 5 PrüfvV 2014*). Die dritte Stufe betrifft das ordnungsgemäß eingeleitete Prüfverfahren und die Prüfung durch den MDK: Das Krankenhaus hat auf dieser Ebene nach § 276 Abs 2 Satz 2 SGB V (*hier idF des Krankenhausstrukturgesetzes vom 10.12.2015, BGBl I 2229*) dem MDK alle weiteren Angaben zu machen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Prüffragen benötigt werden (*siehe hierzu auch § 7 Abs 2 PrüfvV 2014 und dazu Urteile vom 18.5.2021 - B 1 KR 32/20 R und B 1 KR 24/20 R*).
- 26 Die durch § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 geregelte Datenänderung betrifft die erste Stufe der Auskunfts- und Prüfpflichten. Die Erfüllung der auf dieser Ebene geregelten Obliegenheit des Krankenhauses zur Übermittlung der Daten über die Krankenhausbehandlung aus § 301 SGB V ist unverzichtbare Grundlage und Bestandteil einer ordnungsgemäßen Abrechnung. Fehlt es an einer dieser Angaben, kann mangels ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit des abgerechneten Krankenhausvergütungsanspruchs nicht eintreten. Ist die Übermittlung von zusätzlichen Daten, die vom Prüfauftrag umfasst sind, durch das Krankenhaus nach § 7 Abs 5 Satz 1 und 2 PrüfvV 2014 unzulässig, folgt hieraus zwingend, dass diese Daten keinen oder keinen weitergehenden Vergütungsanspruch auslösen können. Geht es nicht um eine unzulässige Ergänzung des Datensatzes, sondern um dessen unzulässige Korrektur durch Auswechseln bereits übermittelter Daten, gilt im Ergebnis nichts anderes. Fällig werden kann überhaupt nur derjenige Teil der fehlerhaft abgerechneten Vergütung, der ohne Berücksichtigung der fehlerhaften Daten verbleibt. Deren Fälligkeit tritt jedoch auch dann ein, wenn das Krankenhaus seine ursprüngliche Rechnung hinsichtlich der als falsch erkannten Daten nach § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 nicht mehr

korrigieren kann. Dies folgt zwingend aus § 7 Abs 5 PrüfV 2014. Anderenfalls könnte ein Krankenhaus die Fälligkeit seiner Forderung nicht mehr herbeiführen (*vgl zur bisherigen stRspr BSG vom 9.4.2019 - B 1 KR 3/18 R - BSGE 128, 54 = SozR 4-1780 § 161 Nr 3, RdNr 22 ff mwN*).

- 27 dd) Die materielle Präklusionswirkung im beschriebenen Sinne gebietet auch der Regelungszweck des § 7 Abs 5 PrüfV 2014 unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte. Er liegt im Ausgleich zwischen der mit der PrüfV 2014 verfolgten Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens und dem Ziel der Abrechnungsprüfung, auf eine ordnungsgemäße Abrechnung hinzuwirken.
- 28 Die PrüfV 2014 zielt auf die Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens, das nicht durch wiederholte oder unzeitige Datenänderungen in die Länge gezogen werden soll. Der gesamte Abrechnungsfall soll zügig seinen Abschluss finden. Das zeigt auch die Entstehungsgeschichte. Nach § 17c Abs 2 Satz 1 KHG sollen die Vertragsparteien das Prüfverfahren näher ausgestalten. Anlass hierfür sah der Gesetzgeber ua deshalb, weil nicht in allen Bundesländern Verträge zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs 1 iVm Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V existierten bzw diese nur sehr allgemein gehalten oder veraltet seien (*vgl BT-Drucks 17/13947 S 38; BSG vom 23.5.2017 - B 1 KR 24/16 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 8 RdNr 30*). Die Vertragsparteien sollten es nach § 17c Abs 2 Satz 1 KHG in der Hand haben, die Zusammenarbeit der Krankenhäuser und KKn effektiver und konsensorientierter zu gestalten (*vgl BT-Drucks 17/13947 S 38; Ossege in NK-GesundhR, 2. Aufl 2018, § 275 SGB V RdNr 6; ähnlich § 1 Satz 1 PrüfV 2014*). Die Regelungen "über die Prüfungsdauer" - die ua in § 7 Abs 5 PrüfV 2014 umgesetzt sind - sollten die Beschleunigung des Prüfverfahrens ermöglichen. Perspektivisch versprach sich der Gesetzgeber davon, dass der Aufwand für Rechnungsprüfungen vermindert werde (*vgl BT-Drucks 17/13947 S 37 f*).
- 29 Die Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens wird durch § 7 Abs 5 Satz 1 und 2 PrüfV 2014 ua dadurch erreicht, dass der MDK seiner Abrechnungsprüfung (nur) die Daten nach § 301 SGB V zugrunde legen muss, die nach Ablauf oder Ausschöpfung der Änderungsmöglichkeiten vorliegen (*so ausdrücklich § 7 Abs 5 Satz 2 PrüfV 2014*). Der Regelungszweck würde in sein Gegenteil verkehrt und die Vorschrift weitgehend funktionslos, wenn das Krankenhaus dies nach Abschluss des Prüfverfahrens durch die Änderung des geprüften Teils des Datensatzes wieder zunichtemachen könnte. Damit § 7 Abs 5 PrüfV 2014 seinen Zweck erfüllen kann, muss der MDK-Prüfungsumfang auch Konsequenzen für die Durchsetzbarkeit des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses haben. Dieser vorrangige Zweck der Beschleunigung und Konzentration kann zudem nur erreicht werden, wenn die Präklusion nach Abschluss des Prüfverfahrens, insbesondere in einem nachfolgenden Gerichtsverfahren, fortgilt.
- 30 c) Der Restzahlungsanspruch iH von 5371,36 Euro ist nicht nach § 7 Abs 5 Satz 1 und 2 PrüfV 2014 ausgeschlossen. Die vom Krankenhaus vorgenommene Änderung des Datensatzes nach

§ 301 SGB V wird nicht von der materiellen Präklusionsregelung des § 7 Abs 5 Satz 1 und 2 PrüfV 2014 erfasst.

- 31 Der sachliche Anwendungsbereich des § 7 Abs 5 PrüfV 2014 ist beschränkt. Änderungen des Datensatzes sind nur unzulässig, soweit dieser Gegenstand des Prüfverfahrens geworden ist. Dies folgt aus § 7 Abs 5 Satz 3 PrüfV 2014. Danach kann das Krankenhaus bei einer Erweiterung des Prüfgegenstandes bzw "Prüfanlasses" unabhängig von § 7 Abs 1 Satz 1 PrüfV 2014 zusätzlich einmalig Daten innerhalb von fünf Monaten nach der Erweiterung ändern. Diese Regelung wäre überflüssig, wenn § 7 Abs 1 Satz 1 PrüfV 2014 von vornherein auch jede Datenänderung außerhalb des Prüfgegenstandes erfassen würde, also mit Einleitung des Prüfverfahrens jede Datensatzergänzung und -korrektur nach Ablauf von fünf Monaten ausgeschlossen wäre. Dies befindet sich im Einklang mit dem Regelungssystem. § 4 PrüfV 2014 weist der KK das Recht und die hiermit korrespondierende Aufgabe zu, den Prüfgegenstand festzulegen (*zur Möglichkeit der Erweiterung des Prüfgegenstandes mittels Anzeige gegenüber dem Krankenhaus vgl § 6 Abs 3 Satz 3 und 4 PrüfV 2014*). Das Recht der KK zur Festlegung des Prüfgegenstandes birgt als Kehrseite auch das sich in einer Verzögerung des Abrechnungsfalles realisierende Risiko, dass sich die Festlegung im Nachhinein als unzureichend herausstellt. Das Krankenhaus hat dagegen keine Möglichkeit, den Prüfgegenstand festzulegen oder zu erweitern.
- 32 Die hier für die Durchsetzung der Nachforderung - auf Basis der DRG F01G - vorgenommene Datenänderung umfasste die Ersetzung des zunächst übermittelten OPS 5-377.2 durch den - neu übermittelten - OPS 5-377.50. Die Datensatzänderung bezog sich damit auf bestimmte Prozeduren und lag folglich außerhalb des Prüfgegenstandes, der sich auf die Notwendigkeit des Überschreitens der unteren Grenzverweildauer bezog, also auf eine Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Behandlung (*zur Auslegung des Prüfungsauftrags vgl BSG vom 30.7.2019 - B 1 KR 31/18 R - BSGE 129, 1 = SozR 4-7610 § 366 Nr 2, RdNr 15 mwN*). Bei einer (reinen) Wirtschaftlichkeitsprüfung ist eine Änderung des Datensatzes nie vom sachlichen Anwendungsbereich des § 7 Abs 5 PrüfV 2014 erfasst. Denn die Datenkorrektur betrifft immer die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung. Im Gegensatz hierzu betrifft die Wirtschaftlichkeitsprüfung die Frage, ob das Krankenhaus keine oder eine die KK finanziell weniger belastende Behandlung hätte durchführen müssen (*zur Abgrenzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung von der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit vgl BSG vom 23.5.2017 - B 1 KR 24/16 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 8*). Hierfür ist keine Änderung des richtigen Datensatzes erforderlich, sondern eine ergänzende Information des Krankenhauses, dass trotz zutreffenden Datensatzes der Vergütungsanspruch wegen § 12 Abs 1 SGB V nur in geringerer Höhe besteht.
- 33 d) Das Krankenhaus war auch nicht nach Treu und Glauben in Gestalt der Verwirkung gehindert, seine Abrechnung zu ändern und eine weitere Vergütung geltend zu machen (*zu dem innerhalb der Verjährungsfrist für Nachforderungen der Krankenhäuser geltenden Grundsatz von Treu und Glauben aus § 242 BGB vgl BSG vom 19.11.2019 - B 1 KR 10/19 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 80 RdNr 12 bis 19*). Es fehlt jedenfalls an dem für die Annahme einer Verwirkung erforderlichen

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

34 3. Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 69 Abs 1 Satz 3 SGB V iVm §§ 291, 288 Abs 1 Satz 2 BGB und § 11 Abs 1 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) iVm § 22 Nr 1 der zur Zeit der Behandlung im April 2016 weitergeltenden "Vereinbarung für den Vereinbarungs-/Pflegesatzzeitraum 2015 nach § 12 KHEntgG". Danach beträgt die Zahlungsfrist für Krankenhausrechnungen drei Wochen. Ab Überschreitung der Frist sind Verzugszinsen iH von vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu zahlen.

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

Schlegel

Scholz

Estelmann