

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
10. November 2021

Urteil

in dem Rechtsstreit

BSG Az.: **B 1 KR 36/20 R**
LSG Hamburg 24.09.2020 - L 1 KR 52/20
SG Hamburg 03.03.2020 - S 6 KR 5611/18

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Techniker Krankenkasse,
Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 10. November 2021 durch den Richter Dr. E s t e l m a n n als Vorsitzenden, die Richter Dr. S c h o l z und Dr. B o c k h o l d t sowie die ehrenamtlichen Richterinnen B e r n d t und B e c k e r für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 24. September 2020 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahrens wird auf 28 617,86 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.
- 2 Das klagende Krankenhaus behandelte eine Versicherte der beklagten Krankenkasse (KK) vom 22.1. bis 23.5.2016 stationär und rechnete hierfür 120 564,87 Euro nach Fallpauschale (DRG) F36C ab (*Rechnung vom 16.6.2016*). Die KK zahlte diesen Betrag zunächst, leitete anschließend jedoch eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Hinblick auf Behandlungsdauer, Kodierung von Hauptdiagnose sowie der abgerechneten Prozeduren ein; die KK stellte ua die Frage: "Wurde die erbrachte Leistung mit der kodierten Prozedur 8-98f.20 korrekt abgebildet?" (*Schreiben vom 5.7.2016*). Der MDK kam zu dem Ergebnis, dass hier ua eine andere Hauptdiagnose zu kodieren und Änderungen bei einigen OPS-Kodes vorzunehmen seien und daher die geringer bewertete DRG A36B abzurechnen sei. Das Gutachten enthielt den Passus: "Aussagen in Gutachten zu OPS-Komplexbehandlungen beziehen sich nicht auf Strukturvorgaben einer OPS-Komplexbehandlung" (*MDK-Gutachten vom 4.11.2016*). Auf dieser Grundlage übersandte das Krankenhaus eine korrigierte Rechnung über 106 287,15 Euro (*7.7.2017*). Nach Rückbuchung des ursprünglichen Zahlbetrags zahlte die KK den neuen Rechnungsbetrag (*11.7.2017*).
- 3 Am 3.5.2018 verrechnete die KK (nach "erneuter Kontaktaufnahme im April 2018") einen Betrag von 28 617,86 Euro mit unstreitigen anderweitigen Forderungen des Krankenhauses: Das Krankenhaus erfülle nicht die Voraussetzungen der Prozedur 8-98f.20, sodass der OPS-Kode nicht zu kodieren und der sich daraus resultierende Differenzbetrag zu verrechnen sei. Zwei am 24.6.2016 und am 2.9.2016 durchgeführte Strukturanalysen hätten ergeben, dass das Krankenhaus nicht die Strukturvoraussetzungen der Komplexprozedur nach OPS 8-98f (*Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung*) erfülle.
- 4 Das SG hat die KK zur Zahlung des strittigen Betrags von 28 617,86 Euro verurteilt (*Urteil vom 3.3.2020*). Das LSG hat die Berufung der KK - unter teilweiser Bezugnahme auf das SG-Urteil - zurückgewiesen: Es könne offenbleiben, ob der verrechnete Erstattungsanspruch in der Sache bestehe. Jedenfalls sei die KK durch das Aufrechnungsverbot nach § 11 Abs 5 des zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassenverbänden in Hamburg abgeschlossenen Landesvertrags "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" nach § 112 Abs 1 und 2 Satz 1 Nr 1 SGB V (im Folgenden: Landesvertrag - LV) an der Aufrechnung gehindert. Das Aufrechnungsverbot sei von der Ermächtigungsgrundlage ("Abrechnung der Entgelte") gedeckt. Der Anwendungsbereich der auf Grundlage des § 17c Abs 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) geschlossenen Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) sei nicht eröffnet, da hier keine Einzelfallprüfung nach § 275 Abs 1c SGB V erfolgt sei, sondern sich die Erstattungsforderung auf eine abstrakt durchgeführte Strukturanalyse bezüglich der

Abrechenbarkeit des streitigen OPS 8-98f.20 berufe. Dies ergebe sich eindeutig aus dem Wortlaut des § 275 Abs 1 SGB V ("der Erkrankung" und "dem Krankheitsverlauf"), auf den sich § 17c Abs 2 Satz 1 KHG iVm § 275 Abs 1c SGB V zur Regelung des Anwendungsbereichs der PrüfV beziehe. Auch griffen Ausnahmeregelungen des LV vom grundsätzlich geltenden Aufrechnungsverbot nicht ein. Die Zahlung der KK beruhe insbesondere nicht auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben iS des § 6 Abs 5 Buchst a des LV. Dies folge bereits daraus, dass der KK das Ergebnis der durchgeführten Strukturanalysen bekannt gewesen sei. Auch habe der MDK hier nicht "im Rahmen seiner Begutachtung die Voraussetzungen für eine Rückforderung der Krankenkasse festgestellt" (§ 11 Abs 5 Satz 2 LV). Denn hiervon seien abstrakte Strukturanalysen des MDK nicht erfasst (*Urteil vom 24.9.2020*).

- 5 Die KK rügt mit ihrer Revision die Verletzung von § 112 Abs 1 und 2 Satz 1 Nr 1 SGB V, § 301 Abs 1 Satz 1 Nr 6 SGB V und § 9 PrüfV 2014 sowie § 11 Abs 5 Satz 1 iVm § 6 Abs 5 und § 11 Abs 5 Satz 2 LV. Das vom LSG aus dem LV abgeleitete Aufrechnungsverbot sei nicht von der Ermächtigungsgrundlage in § 112 Abs 1 und 2 Nr 1 SGB V gedeckt und verstoße gegen die vorrangige Regelung in § 9 PrüfV 2014. Außerdem verstoße es gegen § 301 Abs 1 Satz 1 Nr 6 SGB V, wenn das LSG § 6 Abs 5 Satz 1 Buchst a LV dahingehend auslege, dass eine "Zahlung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben" dann nicht beruhe, wenn OPS-Kodes angegeben würden, deren Voraussetzungen das Krankenhaus nach einer Strukturanalyse des MDK nicht erfülle. Schließlich beziehe sich § 11 Abs 5 Satz 2 LV entgegen der Ansicht des LSG auch auf - unabhängig vom Einzelfall erstellte - Strukturgutachten des MDK.
- 6 Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 24. September 2020 und des Sozialgerichts Hamburg vom 3. März 2020 aufzuheben und die Klage abzuweisen.
- 7 Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 8 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

- 9 Die zulässige Revision der beklagten KK ist im Sinne der Zurückverweisung der Sache an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet (§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG). Der Senat kann auf Grundlage der Feststellungen des LSG nicht entscheiden, ob dem Krankenhaus der geltend gemachte Vergütungsanspruch weiter zusteht oder ob die KK mit einem aus der Behandlung der Versicherten resultierenden Erstattungsanspruch wirksam aufgerechnet hat.

- 10 Das LSG hat entschieden, dass der geltend gemachte (zwischen den Beteiligten für sich genommen unstrittige) Vergütungsanspruch des Krankenhauses bereits deswegen nicht durch Aufrechnung mit einem Erstattungsanspruch aus dem strittigen Behandlungsfall der Versicherten vom 22.1. bis 23.5.2016 erloschen ist, weil die KK an der Aufrechnung durch das Aufrechnungsverbot nach § 11 Abs 5 des LV gehindert gewesen sei. Dieses Aufrechnungsverbot kollidiere bereits deswegen nicht mit § 9 PrüfvV 2014, weil die PrüfvV 2014 auf den vorliegenden Sachverhalt nicht anwendbar sei. Denn die strittige Erstattungsforderung berufe sich nicht auf eine Einzelfallprüfung nach § 275 Abs 1c SGB V, sondern eine alle Hamburger Krankenhäuser betreffende, abstrakt durchgeführte Strukturanalyse des MDK bezüglich der Abrechenbarkeit des OPS-Kodes 8-98f.20.
- 11 Dies hält einer revisionsgerichtlichen Überprüfung nicht stand. Es kann hierbei offenbleiben, ob die landesvertragliche Vereinbarung eines Aufrechnungsverbots von der Ermächtigungsgrundlage in § 112 Abs 1 und Abs 2 Nr 1 SGB V gedeckt ist. Denn das in § 11 Abs 5 des LV geregelte Aufrechnungsverbot ist jedenfalls mit § 9 PrüfvV 2014 unvereinbar und daher nichtig (*dazu 3.*). Die PrüfvV 2014 ist auf den Behandlungsfall im Jahr 2016 zeitlich und sachlich anwendbar. Sie galt im Jahr 2016 auch für sachlich-rechnerische Prüfungen (*dazu 1.*). Bei der Prüfung durfte die KK auch Erkenntnisse aus einer abstrakten Strukturprüfung verwerten, an der das Krankenhaus freiwillig mitgewirkt hatte (*dazu 2.*). Die KK hat im vorliegenden Fall (nur) eine Prüfung nach § 275 Abs 1c SGB V iV mit der PrüfvV 2014 durchgeführt (*dazu 4.*). Ob die KK nach den Vorgaben der PrüfvV 2014 hier zur Aufrechnung berechtigt war und insbesondere die dort geregelten Fristen eingehalten hat, kann der Senat auf Grundlage der Feststellungen des LSG nicht entscheiden (*dazu 5.*).
- 12 1. Die aufgrund § 17c Abs 2 KHG (*idF des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, BGBl I 2423*) erlassene und am 1.9.2014 in Kraft getretene PrüfvV 2014 ist zeitlich auf die im Jahr 2016 durchgeführte Krankenhausbehandlung der Versicherten anwendbar (§ 12 Abs 1 PrüfvV 2014; *zu der ab dem 1.1.2017 geltenden PrüfvV vom 3.2.2016 vgl BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 37/20 R - juris RdNr 14 mwN*).
- 13 Die PrüfvV 2014 ist auch sachlich anwendbar. Die KK führte eine Abrechnungsprüfung in Bezug auf einen konkreten Behandlungsfall durch und beauftragte den MDK mit einer gutachtlichen Stellungnahme nach § 275 Abs 1c SGB V (§ 2 Abs 1 PrüfvV 2014). Dass der Prüfauftrag auch die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung umfasste, steht der Anwendbarkeit der PrüfvV 2014 auf die gesamte Prüfung nicht entgegen. Die PrüfvV 2014 galt im Jahr 2016 auch für sachlich-rechnerische Prüfungen (*vgl demgegenüber für 2015 BSG vom 10.11.2021 - B 1 KR 43/20 R - RdNr 14 f*).
- 14 a) Nach der Rspr des Senats galt § 275 Abs 1c SGB V in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung (aF) - und damit auch die PrüfvV 2014 - nur für Auffälligkeitsprüfungen betreffend die

Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung, nicht dagegen für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung (vgl zB BSG vom 23.5.2017 - B 1 KR 24/16 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 8 RdNr 30 ff mwN; BSG vom 16.7.2020 - B 1 KR 15/19 R - SozR 4-2500 § 275 Nr 32 RdNr 12; zur Verfassungsmäßigkeit dieser Differenzierung vgl BVerfG vom 26.11.2018 - 1 BvR 318/17, 1 BvR 1474/17, 1 BvR 2207/17 - NJW 2019, 351; zur Abgrenzung der beiden Prüfverfahren vgl BSG vom 23.5.2017, aaO, RdNr 39). In Reaktion auf diese Rspr hat der Gesetzgeber dem § 275 Abs 1c SGB V mit Wirkung zum 1.1.2016 den Satz 4 angefügt. Danach ist als Prüfung nach Satz 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. Dies umfasst auch Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausabrechnung. Die Anfügung des § 275 Abs 1c Satz 4 SGB V zum 1.1.2016 hatte zur Folge, dass sich der Anwendungsbereich der PrüfV 2014 ab diesem Zeitpunkt auf sachlich-rechnerische Prüfungen erweitert hat.

- 15 b) Nach § 2 Abs 1 PrüfV 2014 folgt der Geltungsbereich der PrüfV dem des § 275 Abs 1c SGB V. Dabei hatten die Vertragsparteien von Anfang an neben der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen auch die Prüfung der "Korrektheit deren Abrechnung" im Blick und sind - anders als die nachfolgende Rspr des Senats - davon ausgegangen, dass auch diese § 275c Abs 1 SGB V unterfällt (vgl § 3 Satz 1, § 4 Satz 1, § 7 Abs 2 Satz 2, § 8 Satz 1 und 2 PrüfV 2014). Soweit der Anwendungsbereich der PrüfV 2014 danach zunächst über die den Vertragsparteien durch § 17c Abs 2 KHG iVm § 275 Abs 1c SGB V eingeräumte Ermächtigung hinausging, wurde dies durch die Anfügung des § 275 Abs 1c Satz 4 SGB V durch Art 6 Nr 21a des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (*Krankenhausstrukturgesetz - KHSG vom 10.12.2015, BGBl I 2229*) zum 1.1.2016 mit Wirkung ab diesem Tag legitimiert. Einer ausdrücklichen Bestätigung durch die Vertragsparteien bedurfte es insofern nicht.
- 16 Das partielle Fehlen einer wirksamen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage im Zeitpunkt des Vertragsschlusses auf schuldrechtlicher Ebene schloss die spätere Wirksamkeit des intendierten Normvertrags in Gänze ab 2016 ohne erneuten, bestätigenden Vertragsschluss nicht aus. Dies gilt hier jedenfalls aufgrund der besonderen Umstände. Die Vertragsparteien auf Bundesebene durften im Zeitpunkt des Vertragsschlusses aufgrund der bisherigen, auch durch das BSG gebilligten Rechtspraxis in gutem Glauben davon ausgehen, dass § 17c Abs 2 KHG auch zu Regelungen über die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit ermächtigte (vgl dazu BSG vom 16.7.2020 - B 1 KR 15/19 R - BSGE 130, 299 = SozR 4-2500 § 275 Nr 32, RdNr 19 ff). Auch erweiterte der Gesetzgeber alsbald die Ermächtigungsgrundlage im Sinne dieser bereits tatsächlich vereinbarten Regelungen. Er erstreckte mit der Anfügung des Satzes 4 den Geltungsbereich des § 275 Abs 1c SGB V auf die sachlich-rechnerische Prüfung. Zugleich erweiterte er damit die Ermächtigungsgrundlage des § 17c Abs 2 KHG, der dynamisch auf § 275 Abs 1c SGB V verwies, sodass der von den Vertragsparteien 2014 tatsächlich geregelte Bereich mit Wirkung vom 1.1.2016 von der Ermächtigungsgrundlage in Gänze gedeckt war, ohne dass es insoweit einer textlichen Änderung des § 17c Abs 2 KHG bedurfte. Von den Vertragsparteien

danach nochmals eine förmliche Bestätigung ihres übereinstimmenden Willens zu verlangen, auch unter Geltung der ergänzten und die Vereinbarung nunmehr in vollem Umfang legitimierenden Ermächtigungsgrundlage an der Vereinbarung festhalten zu wollen, wäre letztlich eine bloße Förmelerei.

- 17 2. Die KK durfte bei der Prüfung auch Erkenntnisse aus einer vom MDK abstrakt durchgeführten Strukturanalyse verwerten, an der das Krankenhaus freiwillig mitgewirkt hat. Dass es hierfür im Jahr 2016 an einer rechtlichen Grundlage fehlte, ist unerheblich.
- 18 Die PrüfvV 2014 ist auf alle nach § 275 Abs 1 Nr 1 iVm § 275 Abs 1c SGB V durchgeführten Prüfungen von stationären Krankenhausbehandlungen unabhängig davon anzuwenden, ob und ggf welche Erkenntnisse aus MDK-Begutachtungen die KK bei der Prüfung letztendlich verwertet. Dies folgt aus Wortlaut (*dazu a*), Entstehungsgeschichte (*dazu b*) sowie Sinn und Zweck der Vereinbarung (*dazu c*).
- 19 a) Nach § 1 Satz 1 PrüfvV 2014 soll "diese Vereinbarung (...) ein effizientes, konsensorientiertes Verfahren der Prüfungen nach § 275 Abs 1c SGB V näher regeln". Sie bezieht sich damit umfassend auf alle Abrechnungsprüfungen nach § 275 Abs 1c SGB V in Bezug auf konkrete Abrechnungsfälle. Das sind Prüfungen nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V, dh Prüfungen der ordnungsgemäßen Abrechnung bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten, mit denen die KK den MDK beauftragt. Die PrüfvV 2014 enthält keine Regelung dahingehend, dass die KK der Auffassung des MDK folgen muss oder ausschließlich Erkenntnisse aus dessen gutachtlicher Stellungnahme verwerten darf. Aus anderen Quellen stammende Erkenntnisse - etwa aus Strukturprüfungen des MDK, an denen das Krankenhaus freiwillig mitgewirkt hat - sind daher in Abrechnungsprüfungen nach der PrüfvV 2014 verwertbar. Auch die Ermächtigungsgrundlage in § 17c Abs 2 KHG enthält hierfür keine Anhaltspunkte. Nach § 17c Abs 2 Satz 1 KHG regeln die dort genannten Vertragspartner "das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs 1c SGB V". § 275 Abs 1c SGB V differenziert nicht zwischen unterschiedlichen Prüfverfahren, sondern verpflichtet die KK, "bei Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V (...) eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 SGB V zeitnah durchzuführen" (§ 275 Abs 1c Satz 1 SGB V), dh Prüfungen der ordnungsgemäßen Abrechnung bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten (§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V). Entgegen der Ansicht des LSG handelte es sich daher bei abstrakten Strukturanalysen im Jahr 2016 nicht um eigenständige Prüfverfahren, die - bezogen auf einen konkret geprüften Behandlungsfall - einem eigenständigen Prüfregime unterliegen würden. Hierfür fehlte es seinerzeit bereits an einer gesetzlichen Grundlage. § 17c Abs 2 KHG und § 275 SGB V (*idF des KHSG*) enthalten - anders als jetzt § 275d SGB V (*idF des Gesetzes für bessere und unabhängigere Prüfungen vom 14.12.2019 <MDK-Reformgesetz>, BGBl I 2789*) - keine solche Regelungen (*vgl BSG vom 18.7.2013 - B 3 KR 25/12 R - SozR 4-5562 § 7 Nr 4 RdNr 21; Gerlach, NZS 2019, 724, 728; Penner, GuP 2016, 121; Seifert in Becker/Kingreen, SGB V, 7. Aufl 2020, § 275d RdNr 1; Wahl*

in jurisPK-SGB V, 4. Aufl 2020, § 112 RdNr 75 (Stand 20.7.2021); vgl auch BT-Drucks 19/13397 S 44, 67).

- 20 b) Für diese Auslegung spricht auch die Entstehungsgeschichte. Anlass zur Schaffung einer PrüfvV war der Umstand, dass die Vertragsparteien auf Landesebene nicht in allen Bundesländern Verträge insbesondere zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs 1 iVm Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V geschlossen haben bzw bestehende Regelungsinhalte nur sehr allgemein gehalten und oft veraltet waren (*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*). Durch nähere Ausfüllung der Vorgaben des § 17c Abs 2 Satz 1 KHG sollten es die Vertragsparteien zudem in der Hand haben, die Zusammenarbeit der Krankenhäuser und KKn effektiver und konsensorientierter zu gestalten (*vgl BT-Drucks 17/13947 S 38; Ossege in NK-GesundhR, 2. Aufl 2018, § 275 SGB V RdNr 6; ähnlich § 1 Satz 1 PrüfvV 2014*). Perspektivisch versprach sich der Gesetzgeber durch die PrüfvV sowie weitere Maßnahmen, dass der Aufwand für die Durchführung von Krankenhausrechnungsprüfungen vermindert werde (*vgl BT-Drucks 17/13947 S 37 f*). Die nach § 17c Abs 2 Satz 2 KHG zu treffenden Regelungen "über die Prüfungsdauer" sollten eine Beschleunigung des Prüfverfahrens ermöglichen (*vgl BT-Drucks 17/13947 S 38*). Dies spricht dafür, dass der Gesetzgeber nicht eine Einzelregelung zu einem Teilbereich der Abrechnungsprüfung treffen wollte, sondern die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und KK bei der Vergütungsabrechnung insgesamt im Blick hatte.
- 21 c) Auch Sinn und Zweck der Regelungen der PrüfvV sprechen für eine umfassende Geltung der PrüfvV für die Abrechnungsprüfung. Sie schaffen einen angemessenen Ausgleich zwischen dem Anspruch des Krankenhauses auf vollständige Vergütung der erbrachten erforderlichen Krankenhausbehandlungen und einem zügigen Abschluss des Prüfverfahrens und damit der Rechtssicherheit (*vgl zum prüfrechtlichen Beschleunigungsgebot zB BSG vom 13.11.2012 - B 1 KR 24/11 R - BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 30 ff; Gerlach in Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl 2018, § 39 SGB V RdNr 97; zur Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots als Prüfzweck vgl zB BSG vom 13.11.2012 - B 1 KR 27/11 R - BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr 1, RdNr 33 f*). Der damit intendierten Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens entspricht es etwa, dass es nicht durch wiederholte oder unzeitige Datenänderungen in die Länge gezogen werden soll (*vgl § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 und hierzu zB BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 32/20 R - juris RdNr 23 ff*). Der gesamte Abrechnungsfall soll zügig seinen Abschluss finden. Der Streitstoff für die Überprüfung der Abrechnung des Behandlungsfalls soll vollständig gebündelt und deren Abschluss insgesamt beschleunigt werden. Hierbei ist es Aufgabe des MDK, die prüfrelevanten Begründungselemente durch die Unterlagenauswahl so einzugrenzen, dass die Anspruchsprüfung konzentriert erfolgen kann, dh dass alle für die Anspruchsprüfung relevanten Gesichtspunkte erfasst werden können (*vgl § 7 Abs 2 PrüfvV 2014 und hierzu zB BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 32/20 R - juris RdNr 24*). Dem Zweck der Beschleunigung und Konzentration würde es aber widersprechen, wenn die KK nur bei Umsetzung der auf den Einzelfall bezogenen MDK-Begutachtung an die in der PrüfvV geregelten Fristen gebunden

wäre und etwa bei vom MDK übersehenen oder ausdrücklich ausgeklammerten Gesichtspunkten - wie hier die Erfüllung von Strukturvoraussetzungen bestimmter OPS-Kodes - (auch zeitlich) unbeschränkt weiter prüfen könnte. Umgekehrt bedeutet dies aber auch, dass nicht über die Unterlagenanforderung des MDK nach der PrüfvV 2014, sondern auf anderem Wege zur Verfügung stehende, rechtmäßig erlangte Erkenntnisse, die unmittelbar prüfungsrelevant sind, grundsätzlich einbezogen werden dürfen, solange das Prüfverfahren einschließlich des sich ggf anschließenden Gerichtsverfahrens nicht abgeschlossen ist.

22 3. Die in § 9 PrüfvV 2014 geregelten Zahlungsmodalitäten schließen ein landesvertraglich geregeltes Aufrechnungsverbot aus. Nach § 9 Satz 1 PrüfvV 2014 kann "die Krankenkasse (...) einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach § 8 fristgerecht mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen". Diese Regelung geht abweichenden landesvertraglichen Regelungen vor (§ 11 PrüfvV 2014). Landesverträge nach § 112 Abs 1 SGB V dürfen die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung ausschließlich innerhalb der bundesgesetzlichen Grenzen regeln (vgl § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 Buchst a und b SGB V und hierzu BSG vom 30.7.2019 - B 1 KR 31/18 R - BSGE 129, 1 = SozR 4-7610 § 366 Nr 2, RdNr 26 f mwN; vgl auch BSG Urteil vom 28.3.2017 - B 1 KR 29/16 R - BSGE 123, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 61, RdNr 25 zur Fallpauschalvereinbarung; Umsetzungshinweise der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Anwendung der PrüfvV, KH 2014, 938, 954 zu § 9 PrüfvV). Sie sollen sicherstellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen (§ 112 Abs 1 SGB V; vgl BSG - Großer Senat - Beschluss vom 25.9.2007 - GS 1/06 - BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 31; BSG Urteil vom 13.11.2012 - B 1 KR 27/11 R - BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr 1, RdNr 32; BSG Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 11/15 R - SozR 4-2500 § 69 Nr 10 RdNr 18). Nur soweit diese Vertragskompetenz reicht, besteht ein Gestaltungsspielraum der Vertragspartner (vgl zum Ganzen bereits BSG vom 30.7.2019 - B 1 KR 31/18 R - BSGE 129, 1 = SozR 4-7610 § 366 Nr 2, RdNr 26 f mwN).

23 4. Nach diesen rechtlichen Vorgaben war die KK nicht von vornherein daran gehindert, die Erkenntnisse aus der Strukturprüfung in die Prüfung der Abrechnung des konkreten Behandlungsfalls einzubeziehen und hierauf eine erneute Aufrechnung zu stützen. Denn die KK führte nach den den erkennenden Senat bindenden Feststellungen des LSG (vgl § 163 SGG) (nur) ein Prüfverfahren nach § 275 Abs 1c SGB V iVm der PrüfvV 2014 durch (siehe auch oben 1.):

Sie beauftragte den MDK mit der Überprüfung des streitigen Behandlungsfalls im Hinblick auf Behandlungsdauer, Kodierung von Hauptdiagnose sowie der abgerechneten Prozeduren. Gegenstand dieser Prüfung war auch der OPS-Kode 8-98f. Die Überprüfung führte zunächst zu einer Rechnungskorrektur durch das Krankenhaus auf Grundlage des MDK-Gutachtens vom 4.11.2016. Die neue Rechnung des Krankenhauses (7.7.2017) enthielt ua eine geänderte

Hauptdiagnose, Änderungen bei einigen OPS-Kodes und auf dieser Grundlage eine andere DRG. Diese Rechnung beglich die KK am 11.7.2017 vollständig. Im April 2018 nahm sie nach den Feststellungen des LSG erneut Kontakt mit dem Krankenhaus auf und verrechnete in der Folge den strittigen Betrag (28 617,86 Euro) mit der Begründung, der OPS-Kode 8-98f habe bei der Abrechnung nicht berücksichtigt werden dürfen, da das Krankenhaus die dort geregelten Strukturvoraussetzungen nicht erfülle, wie sich aus zwei im Jahr 2016 vom MDK ua im klägerischen Krankenhaus durchgeführten Strukturanalysen ergebe.

- 24 Die Einbeziehung von Erkenntnissen aus Strukturanalysen des MDK in Bezug auf bestimmte OPS-Kodes, an denen das Krankenhaus freiwillig mitgewirkt hat, in die Abrechnungsprüfung unterliegt - wie oben dargestellt - keinem eigenen Prüfregime. Die KK hat daher hinsichtlich der Prüfung der Abrechenbarkeit des OPS-Kodes 8-98f durch das Krankenhaus kein neues, eigenständiges Prüfverfahren eingeleitet und durchgeführt, sondern war auch insoweit an die Regelungen der PrüfvV 2014 gebunden, insbesondere die dort geregelten Fristen. Unerheblich ist in diesem Zusammenhang, dass der MDK in seinem Gutachten vom 4.11.2016 einen "Strukturvorbehalt" gemacht hat. Denn die KK ist weder an das Begutachtungsergebnis des MDK noch an dessen Prüfungsumfang gebunden. Sie ist vielmehr verpflichtet, die Abrechnung aufgrund der Vorgaben in § 275 Abs 1 Nr 1 und Abs 1c SGB V und der PrüfvV 2014 inhaltlich zu prüfen.
- 25 5. Ob die KK nach den Vorgaben der PrüfvV 2014 hier zur Aufrechnung berechtigt war und insbesondere die dort geregelten Fristen eingehalten hat, kann der Senat auf Grundlage der Feststellungen des LSG nicht entscheiden.
- 26 Die Berechtigung zur Aufrechnung setzt insbesondere voraus, dass das Prüfverfahren vor April 2018 noch nicht durch Mitteilung einer abschließenden Entscheidung durch die KK abgeschlossen war (*vgl § 8 PrüfvV 2014*). Aus einer solchen Entscheidung muss klar zum Ausdruck kommen, dass die KK die Prüfung als abgeschlossen ansieht und auf den weiteren Lauf der für die abschließende Entscheidung geltenden Neun-Monats-Frist verzichtet. Nicht ausreichend ist hierfür für sich genommen etwa die Übersendung eines im Prüfverfahren nach der PrüfvV eingeholten MDK-Gutachtens oder die Zahlung auf eine im Prüfverfahren korrigierte Rechnung des Krankenhauses.
- 27 Die Berechtigung zur Aufrechnung setzt ferner voraus, dass zum Zeitpunkt der Mitteilung der abschließenden Entscheidung über die hier streitige Rechnungskürzung durch die KK die Neun-Monats-Frist nach § 8 Satz 3 PrüfvV 2014 noch nicht abgelaufen war. Für den Fristbeginn ist die Übermittlung des korrigierten Datensatzes maßgeblich, die hier ausnahmsweise nicht an die Frist nach § 7 Abs 5 PrüfvV 2014 gebunden war, da die Übermittlung der geänderten Daten in Umsetzung des MDK-Prüfergebnisses erfolgte (*vgl hierzu BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 37/20 R - juris RdNr 36 - teleologische Reduktion*). Dies hat zur Folge, dass sich die Gesamtprüffrist nach § 8 Satz 3 PrüfvV 2014 "entsprechend" verlängert (*vgl § 7 Abs 5 Satz 4 PrüfvV 2014*). Sie lief folglich erst neun Monate nach Übermittlung der korrigierten Daten ab.

28 Das LSG muss daher feststellen, wann das Krankenhaus der KK die korrigierten Daten übermittelte, ob die KK vorfristig dem Krankenhaus eine abschließende Entscheidung nach § 8 PrüfvV 2014 mitteilte und - wenn dies nicht der Fall war - ob die Aufrechnungserklärung innerhalb der Frist von neun Monaten nach Übermittlung der korrigierten Daten (§ 7 Abs 5 Satz 4 iVm § 8 Satz 3 PrüfvV 2014) erfolgte. Sollte dies der Fall sein, muss das LSG unter Beachtung der Vorgaben der PrüfvV 2014 (vgl etwa zu § 7 Abs 2 PrüfvV 2014 zB BSG vom 18.5.2021 - B 1 KR 24/20 R - juris) auch entscheiden, ob der KK ein zur Aufrechnung berechtigender Erstattungsanspruch wegen der Behandlung der Versicherten vom 22.1. bis 23.5.2016 zustand.

29 6. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.

Zugleich für den
RiBSG Estelmann
Scholz

Bockholdt

Scholz