

Titel:

Berufung, Vergütungsanspruch, Abrechnungskorrektur, Ausschlussstatbestand, Kostenentscheidung, Streitwertfestsetzung, Revision

Leitsätze:

1. Die Voraussetzungen, unter denen gemäß § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG seit 01.01.2020 eine Abrechnung durch das Krankenhaus nachträglich korrigiert werden kann, sind darin abschließend bezeichnet.
2. Das Fehlerverfahren gemäß Anlage 4 zur Vereinbarung über die Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V regelt ausschließlich systemimmanente Rechnungskorrekturen, welche Fehler der Datenerfassung und Datenübermittlung betreffen, die zudem von der Krankenkasse angemerkt worden sein müssen. Eine Prüfpflicht resultiert hieraus nicht.
3. Auch eine zulässige Korrektur müsste innerhalb der 4-Wochen-Frist nach § 11 Abs. 2 der hier anzuwendenden PrüfV vom 22.06.2021 (PrüfV 2022) vorgenommen werden.

Schlagworte:

Berufung, Vergütungsanspruch, Abrechnungskorrektur, Ausschlussstatbestand, Kostenentscheidung, Streitwertfestsetzung, Revision

Vorinstanz:

SG München, Urteil vom 21.11.2023 – S 7 KR 767/23

Tenor

- I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 21.11.2023 wird zurückgewiesen.
- II. Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.
- III. Die Revision wird zugelassen.
- IV. Der Streitwert wird auf 2.954,68 Euro festgesetzt.

Tatbestand

1

Die Beteiligten des Ausgangs- und Berufungsverfahrens streiten um die Zulässigkeit einer nachträglichen Abrechnungskorrektur im Rahmen der Vergütung für eine stationäre Behandlung.

2

Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte D wurde vom 12.05. bis 14.05.2022 in der Klinik der Klägerin wegen eines zerebralen Aneurysmas (Hauptdiagnose) stationär behandelt. Mit Abrechnung vom 30.06.2022 stellte die Klägerin der Beklagten hierfür 7.542,82 Euro in Rechnung. Diesen Rechnungsbetrag zahlte die Beklagte.

3

Die Klägerin stellte nachträglich fest, dass sie das Zusatzentgelt 76ZEA513 (selektive Embolisation mit Metallspiralen...) mit der Abrechnung vom 30.06.2022 nicht geltend gemacht hatte. Mit Abrechnung vom 30.03.2023 stellte die Klägerin der Beklagten nunmehr insgesamt 10.497,50 Euro in Rechnung, in der sich der Rechnungsbetrag aufgrund der Ergänzung des Zusatzentgelts 76ZEA513 um 2.954,68 Euro erhöhte.

4

Zur Begründung teilte die Klägerin mit, dass der das Zusatzentgelt auslösende OPS in der ersten Rechnung enthalten gewesen sei. Dadurch sei bereits ersichtlich gewesen, dass ein Zusatzentgelt hätte zur Abrechnung kommen müssen. Durch eine erneute eigene Prüfung sei aufgefallen, dass das Zusatzentgelt nicht in die Abrechnung einbezogen worden sei. Daher sei die Nachberechnung erfolgt.

5

Mit E-Mail vom 18.04.2023 teilte die Beklagte mit, dass das Zusatzentgelt nicht nachträglich im Rahmen einer Rechnungskorrektur abgerechnet werden könne. Dies ergebe sich unmittelbar aus § 17c Abs. 2a Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Zwar könnten in der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) abweichende Regelungen getroffen werden, ein Ausnahmetatbestand gemäß § 11 Abs. 1 PrüfV liege jedoch nicht vor.

6

1. Mit Schriftsatz vom 12.06.2023 hat die Klägerin durch ihre Bevollmächtigten Klage zum Sozialgericht München (SG) erheben lassen und die Zahlung der weiteren Vergütung in Höhe von 2.954,68 Euro wegen der Behandlung des o.g. Versicherten verlangt.

7

Zur Begründung hat die Klägerin vorgetragen, dass die Rechnungskorrektur zulässig sei. Dies ergebe sich aus § 11 PrüfV zur Berichtigung von durch die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens angemerkten Fehlern. Es liege ein Erfassungsfehler gemäß Anlage 4 zur § 301-Vereinbarung vor, so dass die Rechnungsänderung auch im Rahmen des Korrekturverfahrens zulässig gewesen sei. Gemäß § 3 PrüfV habe die Krankenkasse die übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit und Korrektheit näher zu prüfen. Dies geschehe auf Grundlage der vom Krankenhaus gemäß § 301 SGB V übermittelten Daten. Diesbezüglich sehe § 11 PrüfV eine Korrekturmöglichkeit vor, wenn dies zur Berichtigung von durch die Krankenkasse angemerkten Fehlern erfolge. Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit könne nicht so verstanden werden, dass sie nur dann gelte, wenn sich ein Fehler herausstelle, der sich wirtschaftlich zugunsten des Kostenträgers auswirke. Die Regelung des § 11 PrüfV beinhalte keine Möglichkeit, dass von der Klinik ein Fehler angemerkt werden könne. Dieses Ungleichgewicht könne nur dadurch aufgelöst werden, dass die Krankenkasse prüfe und Fehler melden müsse. Wenn die Vereinbarungspartner den Willen hatten, eine Korrekturmöglichkeit von einer Fehlermeldung der Krankenkasse abhängig zu machen, dann müsse dies implizieren, dass die Krankenkasse zur Überprüfung verpflichtet sei. Geschehe dies nicht, könne dies nicht zum Nachteil des Krankenhauses gehen. Der Datenabgleich durch die Beklagte hätte zu einer Fehlermeldung führen müssen, da der das Zusatzentgelt auslösende OPS mit der ersten Rechnung übermittelt worden sei. Mindestens müsse die Krankenkasse darlegen, warum eine Fehlerprüfung unterlassen worden sei oder warum kein Fehler zu erkennen gewesen sei. Im Rahmen der Kontrollen, zu denen die Beklagte verpflichtet sei, hätte ihr auffallen müssen, dass das Zusatzentgelt hätte zur Abrechnung kommen müssen. Der OPS 8-836.nd sei initial übermittelt worden. Dieser OPS führe in das Zusatzentgelt 76ZEA513. Für die Beklagte sei augenscheinlich, dass der Prozedurenschlüssel ohne zugehöriges Zusatzentgelt nicht korrekt sei. In diesem Fall handele es sich um eine systemimmanente Rechnungskorrektur. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil des BSG vom 19.11.2019 – B 1 KR 10/19 R) könne nicht mehr aufrechterhalten werden. Ein flüchtiges Lesen sei nicht mehr das Maß der Dinge, sondern es bestehe die zwingende Verpflichtung der Krankenkassen zur Überprüfung der Daten. Anders als vom BSG entschieden, habe es hier keiner über die Datenübermittlung hinausgehenden Kenntnisse oder Informationen bedurft. Der Datenabgleich durch die Beklagte hätte zu einer Fehlermeldung führen müssen, da der das Zusatzentgelt auslösende OPS-Code mit der Rechnung übermittelt worden sei (Schriftsätze vom 12.06.2023 und 07.08.2023).

8

Die Beklagte ist dem entgegengetreten und hat vorgetragen, dass eine Rechnungskorrektur nur nach den Maßgaben des § 11 Abs. 1 und 2 PrüfV durchzuführen sei. Nach § 11 Abs. 1 lit. a PrüfV seien nur Fehler beachtlich, welche die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens anmerke. Ein solcher Fehler habe nicht vorgelegen, denn eine Anmerkung der Beklagten habe es nicht gegeben. Vielmehr habe das Krankenhaus die Beklagte über den fehlenden Abrechnungsbestandteil informiert und anschließend eine Korrektur der Rechnung vorgenommen. Die Übersendung der zweiten Schlussrechnung gehe allein auf die Klägerin zurück. Nach dem Wortlaut des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG sei eine Rechnungskorrektur nach der Übermittlung an die Krankenkasse ausgeschlossen. Mit dem Verbot, Rechnungen nachträglich zu korrigieren, habe erreicht werden sollen, dass die Krankenkasse ab Übermittlung der Rechnung eine vollständige und abschließende Information über die Kosten des Behandlungsfalls erhalte. Es bestehe keine Verpflichtung der Krankenkassen, Krankenhäuser auf Fehler in der Rechnungsstellung hinzuweisen. Dies würde dazu führen, dass die Krankenkasse stets eine vollumfängliche Prüfung der Rechnung vorzunehmen hätte. Auf diese Weise würde der Zweck des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG konterkariert, das

Abrechnungsverfahren zu beschleunigen und zu vereinfachen. Wenn es dem Krankenhaus nicht möglich sei, seine eigene Rechnung korrekt und vollständig zu erstellen, könne eine diesbezügliche Überprüfung im Rahmen der Massenverfahren von der Krankenkasse nicht erwartet werden. Diesen Aspekt habe das BSG bereits in der Entscheidung vom 19.11.2019 aufgeführt. Der das Zusatzentgelt auslösende OPS 8-836.nd könne allein kodiert werden. Daher sei das Fehlen des Zusatzentgelts in der Rechnung nicht offensichtlich gewesen (Schriftsatz vom 24.07.2023).

9

Mit Schriftsatz vom 10.08.2023 hat die Kammer einen richterlichen Hinweis gegeben, wonach die Voraussetzungen einer Korrektur nach § 11 Abs. 1 lit. a PrüfV nicht gegeben seien. Da keine einschlägigen höchstrichterlichen Entscheidungen zu § 17c Abs. 2a KHG vorlägen, hat das SG einen Vergleichsvorschlag gemacht (Zahlung von 1/4 der Klagesumme), dem die Beklagte nicht beigetreten ist (Schriftsatz vom 16.08.2023).

10

Im Erörterungstermin am 07.11.2023 haben die Beteiligten ihr Einverständnis mit einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid oder durch Urteil ohne mündliche Verhandlung erklärt.

11

Mit Urteil vom 21.11.2023 (ohne mündliche Verhandlung gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG) hat das SG die Klage abgewiesen, weil eine Rechnungskorrektur nach § 11 Abs. 1 lit. a PrüfV nicht zulässig gewesen sei. Zur weiteren Begründung hat das SG im Wesentlichen ausgeführt:

* Der Vergütungsanspruch in Höhe des Zusatzentgelts 76ZEA513 in Höhe von 2.954,68 Euro sei mit der Behandlung des Versicherten entstanden und gemäß § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG erloschen. Nach Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse sei eine Korrektur der Abrechnung durch das Krankenhaus gemäß § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG ausgeschlossen, es sei denn, dass die Korrektur zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des Medizinischen Dienstes (MD) oder rechtskräftigen Urteils erforderlich sei. Normzweck des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG sei die Beschleunigung und Vereinfachung des Abrechnungsverfahrens. Diesem Zweck gebe der Gesetzgeber den Vorzug gegenüber der materiellen Richtigkeit der Abrechnung. Nach der Übermittlung der Abrechnung an die Krankenkasse sei demgemäß eine Korrektur der Abrechnung durch das Krankenhaus ausgeschlossen (§ 17c Abs. 2a Satz 1 KHG). Nur zur Umsetzung des Ergebnisses einer Prüfung des MD oder eines rechtskräftigen Urteils dürfe die Rechnung noch nachträglich korrigiert werden. Weitere Prüfungen der Abrechnung fänden nach Abschluss der Einzelfallprüfung nicht statt (§ 17c Abs. 2a Satz 2 KHG). Die Voraussetzungen des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG seien erfüllt. Die Klägerin habe die Abrechnungsdaten am 30.06.2023 übermittelt und dabei keine Abrechnung des Zusatzentgelts 76ZEA513 vorgenommen. Eine Rechnungskorrektur sei nicht zur Umsetzung eines Prüfergebnisses des MD oder rechtskräftigen Urteils erforderlich gewesen. Im vorliegenden Fall habe die Beklagte den MD nicht zur Prüfung der Abrechnung gemäß § 275c Abs. 1 SGB V beauftragt, so dass sich daraus kein Korrekturbedarf ergeben habe. Nach dem Wortlaut des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG sei eine Korrektur der Abrechnung ausgeschlossen.

* Eine Rechnungskorrektur sei nicht gemäß § 11 Abs. 1 lit. a PrüfV zulässig (gewesen). Hiernach sei eine Korrektur der Abrechnung durch das Krankenhaus (nur) zulässig zur Berichtigung von durch die Krankenkasse im Rahmen des Fehlerverfahrens nach der Vereinbarung gemäß § 301 Abs. 3 SGB V angemerkten Fehlern. Dies hätten die zur Vereinbarung abweichenden Regelungen gemäß § 17c Abs. 2a Satz 3 KHG befugten Vertragspartner der PrüfV abweichend von § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG vereinbart. Demnach sei die Korrektur der Abrechnungen in den abschließend aufgelisteten Fällen des § 11 PrüfV 2022 zulässig.

12

Allerdings handele es sich nicht um einen Fehler, der im Rahmen des Fehlerverfahrens angemerkt worden sei. Das Fehlerverfahren gemäß Anlage 4 zur Vereinbarung über die Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V umfasse die folgenden Stufen: Stufe 1 – Prüfung von Datei und Dateistruktur, Stufe 2 – Prüfung der Syntax, Stufe 3 – Formale Prüfung auf Feldinhalte und Stufe 4 – Prüfung in den Fachverfahren der einzelnen Krankenkassen. Das Fehlerverfahren regle systemimmanente Rechnungskorrekturen, welche Fehler der Datenerfassung und Datenübermittlung betreffen. Ein Fehler auf den genannten Stufen 1, 2 oder 3 liege nicht vor, da die Datenübermittlung der Klägerin am 30.06.2022 entsprechend den formalen Stufen der Prüfung im Rahmen des Fehlerverfahrens korrekt gewesen sei. Hinsichtlich der Stufe 4 enthalte die

Anlage 4 zur Vereinbarung über die Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V keine Regelungen, vielmehr sei zur Stufe 4 festgelegt, dass die vertrags- und leistungsrechtlichen Prüfungen individuell bei den einzelnen Krankenkassen durchgeführt und für diesen Bereich keine kassenartenübergreifenden Regelungen vereinbart würden. Demnach bestehe für einen Fehler auf der Stufe 4 keine Verpflichtung gemäß § 11 Abs. 1 lit. a PrüfV. Nach dem eindeutigen Wortlaut des § 11 Abs. 1 lit. a PrüfV müsse der Fehler zudem von der Krankenkasse angemerkt worden sei. Auch dieses Tatbestandsmerkmal sei nicht erfüllt, da hier die Klägerin am 30.03.2023 auf die fehlerhafte Abrechnung hingewiesen habe.

* Die Beklagte sei auch aufgrund der Prüfpflicht gemäß § 3 Satz 1 PrüfV nicht zur begehrten Rechnungskorrektur verpflichtet (gewesen). Nach dieser Vorschrift habe die Krankenkasse die vom Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten in Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und Korrektheit deren Abrechnung näher zu prüfen. Gemäß den Befugnisnormen des § 17c Abs. 2 Satz 1 und Abs. 2a Satz 3 KHG dienten die Vorschriften der PrüfV dazu, die Einzelfallprüfung und die nachträgliche Rechnungskorrektur auszugestalten. Festzustellen sei insofern, dass § 3 Satz 1 PrüfV ausschließlich die Einzelfallprüfung betreffe, nicht jedoch die Rechnungskorrektur gemäß § 17c Abs. 2a Satz 3 KHG. Mit § 3 Satz 1 PrüfV werde die Aufgabe der Krankenkassen beschrieben, sicherzustellen, dass die Abrechnungen der Krankenhäuser wirtschaftlich und korrekt seien. Damit diene die Prüfung letztlich dazu, das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 SGB V zu verwirklichen. Systematisch sei zu berücksichtigen, dass die Krankenkasse seit 01.01.2016 zu einer eigenständigen, sachlichrechnerischen Prüfung einer Abrechnung nicht befugt sei, da sie gemäß § 275c Abs. 1 Satz 1 SGB V zu diesem Zweck den MD einzuschalten habe. Die Bestimmung in § 275c betreffe nach Abs. 1 Satz 3 jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses, mit der die Krankenkasse den MD zum Zwecke der Erstellung einer gutachtlichen Stellungnahme nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V beauftrage und die eine Datenerhebung durch den MD beim Krankenhaus erfordere. § 275c Abs. 1 Satz 3 SGB V übernehme damit die seit 01.01.2016 geltende Regelung in § 275 Abs. 1c Satz 4 a.F., mit der die bis 31.12.2015 noch geltende Unterscheidung zwischen einer Auffälligkeitsprüfung und einer Prüfung auf sachlichrechnerische Richtigkeit aufgehoben worden sei. Die Beklagte habe das Prüfverfahrens jedoch nicht eingeleitet, dementsprechend habe keine Prüfung im Sinne des § 3 PrüfV durchgeführt werden dürfen.

* Schließlich sei eine einschränkende Auslegung des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG nicht angezeigt. Wenngleich der Krankenkasse eine eigenständige Prüfung der Abrechnung nicht gestattet sei, erachte es die Kammer für geboten, den Ausschlussstatbestand des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG auf offensichtliche Unrichtigkeiten der Abrechnung nicht anzuwenden. Diese restriktive Auslegung trage den erheblichen finanziellen Auswirkungen des Ausschlussstatbestands ebenso wie dem Grundsatz der vertrauensvollen Zusammenarbeit und gegenseitigen Rücksichtnahme Rechnung.

13

Entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 19.11.2019 – B 1 KR 10/19 R) müsse der Korrekturbedarf jedoch offenkundig sein. Es gehöre zur gegenseitigen Rücksichtnahme nach Treu und Glauben, dass Krankenkassen je nach der Art des Fehlers – etwa bei offensichtlichem, ins Auge springendem Korrekturbedarf – zugunsten des Krankenhauses bereit sein müssen, die Fehler durch das Krankenhaus korrigieren zu lassen. Beispielhaft habe das BSG den Fall benannt, dass durch einen Dateneingabefehler der Rechnungsbetrag des Krankenhauses sich z.B. anstelle von 15.000 Euro auf lediglich 150 Euro belaufe. In einem solchen Fall werde das Krankenhaus sogar umgekehrt einen entsprechenden Hinweis des Rechnungsempfängers aus eigenem Antrieb erwarten dürfen. Ferner habe das BSG ausgeführt, dass allein die Kodierung des OPS 5-378.a0 für den Einsatz eines Excimer-Lasers ohne Kodierung eines Zusatzentgelts in der Entlassungsanzeige nicht dazu geführt habe, dass die Schlussrechnung offensichtlich un schlüssig gewesen sei. Dass nur offensichtliche Fehler von der Krankenkasse zu korrigieren seien, stehe im Einklang mit der Verpflichtung des Krankenhauses gemäß § 3 Satz 2 PrüfV, nach § 301 SGB V die Daten korrekt und vollständig zu übermitteln. Nach Ansicht der Kammer habe keine offensichtliche korrekturbedürftige Unrichtigkeit vorgelegen. Es habe sich nicht um einen Abrechnungsfehler gehandelt, welcher der Krankenkasse hätte ins Auge springen müssen. Insbesondere sei es nicht zwangsläufig notwendig gewesen, dass bei der Verwendung des OPS 8-836-nd stets das Zusatzentgelt 76ZEA513 hätte kodiert werden müssen. So hätten beispielsweise kostenlos überlassene Coils zum Einsatz gekommen sein können. Auch könne dahinstehen, ob eine einschränkende Auslegung des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG notwendig sei, wenn in zeitlicher Nähe zur ersten

Datenübermittlung eine Korrektur der Abrechnungsdaten erfolge, um insbesondere Flüchtigkeitsfehler zu korrigieren. Ein solcher Fall liege hier nicht vor, da die Klägerin die Korrektur erst neun Monate nach der ersten Datenübermittlung vorgenommen habe. Über einen absehbaren Zeitraum von wenigen Wochen hinaus würden nachträgliche Korrekturen dem Gesetzeszweck jedoch zuwiderlaufen, eine Beschleunigung und Vereinfachung des Abrechnungsverfahrens zu bewirken. Dementsprechend sei der Vergütungsanspruch erloschen.

14

2. Gegen das am 23.11.2023 zugestellte Urteil des SG hat die Klägerin mit Schriftsatz ihrer Bevollmächtigten vom 05.12.2023 Berufung zum Bayer. Landessozialgericht (LSG) eingelegt und ihr Begehren weiterverfolgt.

15

Zur Begründung (Schriftsatz vom 19.01.2024) hat die Klägerin im Wesentlichen ihr erstinstanzliches Vorbringen vertieft und die Auffassung vertreten, dass ausgehend von § 3 PrüfvV die Krankenkasse die vom Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit und Korrektheit der Krankenhausabrechnung näher zu prüfen habe. Dies geschehe auf der Grundlage der Daten, die von den Krankenhäusern nach § 301 SGB V übermittelt würden. In Konnexität dazu sehe § 11 PrüfvV eine Rechnungskorrekturmöglichkeit dann vor, wenn diese zur Berichtigung von durch die Krankenkasse angemerkten Fehlern erfolge. Adressaten der Norm seien somit die Kostenträger, die zur Überprüfung verpflichtet seien. Dabei könne die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit nicht einseitig verstanden werden, mit anderen Worten, dass dies nur dann gelten könne, wenn sich ein Fehler herausstelle, der sich wirtschaftlich zu Gunsten des Kostenträgers auswirke. Dies wäre mit der dargestellten Systematik nicht in Einklang zu bringen. Wenn ausschließlich die Möglichkeit bestehen solle, dass Rechnungskorrekturen vorgenommen werden könnten, wenn Krankenkassen dies anmerkten und somit eine Abhängigkeit zu einer Fehlermeldung der Krankenkasse bestehe, so müsse eine aktive Prüfung durch die Kostenträger erfolgen, alles andere wäre systemwidrig. Ein so entstehendes Ungleichgewicht könne nur so aufgelöst werden, wenn die Regelung so verstanden werde, dass Kostenträger prüfen und Fehler melden müssen.

16

Entgegen den Feststellungen des SG habe sich die vorliegende Sachverhaltskonstellation auf der Ebene des Fehlerverfahrens bewegt. Hier sei eine einschränkende Auslegung des § 17c Abs. 2 a Satz 1 KHG vorzunehmen. Soweit das SG die Auffassung vertrete, dass die Beklagte das Prüfverfahren nicht eingeleitet habe und dementsprechend auch keine Prüfung im Sinne des § 3 PrüfvV hätte durchgeführt werden müssen, so verkenne es, dass die Norm des § 3 Satz 4 PrüfvV insoweit zum Tragen komme, als dass sie vorsehe, dass die Prüfung nach dieser Vereinbarung nach Abschluss der Kontrollen beginne, die in der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 Abs. 3 SGB V festgelegt seien. Diese Kontrollen seien von den Kostenträgern durchzuführen. Mithin sei entgegen der Annahme des SG der Krankenkasse sehr wohl eine eigenständige Prüfung der Abrechnung nicht nur gestattet, sondern sie treffe vielmehr auch die Verpflichtung zur Prüfung. Auf der Stufe 3 würden die einzelnen Felder eines Segmentes auf plausible Inhalte hin überprüft. Auf dieser Stufe fänden auch Kombinationsprüfungen über mehrere Felder statt. Bei dem ZE105.13 handele es sich um ein bundeseinheitlich vereinbartes Zusatzentgelt, welches durch den OPS 8-836.nd ausgelöst werde und mit 2.948,79 € bepreist sei. Dieser Algorithmus sei sowohl bei den Krankenkassen als auch bei den Krankenhäusern systemisch hinterlegt. Durch die Meldung des ZEAuslösenden OPS bei der Erstabrechnung hätte der Beklagten auffallen müssen, dass hier ein ZE zur Abrechnung kommen müsse. Bei Durchführung der Kombinationsprüfung hätte dieser Fehler somit auffallen müssen, spätestens jedoch auf der Stufe 4 im Rahmen der vertrags- und leistungsrechtlichen Prüfung.

17

Schließlich könne dem SG nicht darin zugestimmt werden, wenn es unter Hinweis auf das Urteil des BSG vom 19.11.2019 (B 1 KR 10/19 R) davon ausgegangen sei, dass eine offensichtliche korrekturbedürftige Unrichtigkeit nicht vorgelegen habe. Nach diesseitiger Auffassung könne die bundessozialgerichtliche Rechtsprechung unter Geltung der PrüfvV 2022 nicht aufrechterhalten bleiben. Ein „flüchtiges Lesen“ sei nicht mehr das Maß der Dinge, sondern vielmehr zwingende Verpflichtung der Krankenkassen zur Überprüfung der Daten. Zwar mag der Gesetzgeber dem Normzweck den Vorzug gegenüber der materiellen Richtigkeit der Abrechnung gegeben haben, was an sich bereits zweifelhaft sei, diese Stufe sei jedoch hier nicht erreicht, da es nicht um die materielle Abrechnung gehe, sondern um einen formellen

Fehler. Der Datenabgleich durch die Beklagte hätte zu einer Fehlermeldung führen müssen, da der das ZE auslösende OPS-Code mit der ersten Rechnung übermittelt worden sei. Die dargestellte Divergenz zwischen Rechnung und den nach § 301 SGB V übermittelten Daten stelle einen offensichtlichen Fehler dar. Hier habe die Beklagte den Korrekturbedarf allein unter Berücksichtigung der Rechnungsdaten und der Datenübermittlung erkennen können. Darüber hinaus gehende Erkenntnisse oder Informationen habe es nicht bedurft. In dem vom BSG entschiedenen Fall habe es zusätzlicher Kenntnisse einer krankenhausindividuellen Vereinbarung bezüglich einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode bedurft. Dies sei hier nicht der Fall (gewesen). Hier stehe ein bundeseinheitlich bewertetes ZE im Streit. Ein Datenabgleich hätte hier zu einer Fehlermeldung bzw. Rückweisung spätestens auf der Fehlerstufe 4 führen müssen.

18

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 16.02.2024 erwidert und darauf verwiesen, dass das in § 11 Abs. 1 lit. a PrüfVV genannte Fehlerverfahren für „programmtechnisch festgestellte Fehler [gelte], die zu Rückweisungen von einzelnen Nachrichten oder Dateien führen“. Eine solche Rückweisung sei hier nicht erfolgt. Die Rechnung habe ohne Plausibilitätsprobleme vollständig eingespielt werden können. Da die Schiedsstelle hinsichtlich der auf Fehlerstufe 4 vorgesehenen Prüfung keine verbindlichen Feststellungen getroffen und stattdessen auf notwendige Vereinbarungen nach § 301 Abs. 3 SGB V zwischen den Parteien hingewiesen habe, sei in diesem Fall keine weitergehende Rechnungskorrekturmöglichkeit für die Klägerin abzuleiten. Soweit die Klägerin die Entscheidung des SG hinsichtlich der Ausführungen zu § 3 PrüfVV angreife, fasse die Beklagte die gerichtlichen Feststellungen anders auf. Das SG habe nur festgestellt, dass mangels Prüfverfahren eine Prüfung „im Sinne des § 3 PrüfVV“ nicht durchgeführt worden sei. § 3 PrüfVV führe nicht zu einer Rechnungskorrekturmöglichkeit, wie sie die Klägerin begehre. Die vorgehenden Kontrollen seien hier ergebnislos geblieben, eine Rückweisung sei nicht erfolgt. In § 17c Abs. 2a Hs. 1 KHG sei der grundsätzliche Ausschluss von Rechnungskorrekturen normiert. Im 2. Halbsatz seien zwei Ausnahmen davon benannt. Da hier keine der Ausnahmen einschlägig sei, sei allein der Grundsatz beachtlich und daher nach Übermittlung der Rechnung keine Rechnungskorrekturmöglichkeit mehr gegeben (gewesen). Das strittige Zusatzentgelt stelle eine Rechnungsposition dar, die im Haus der Klägerin bei Vervollständigung und Abrechnung des Behandlungsfalls hätte ausgewählt und hinzugefügt werden müssen. Nachdem dieses unterblieben sei, sei eine Ergänzung im Rahmen einer Korrektur nicht mehr möglich (gewesen). Da der OPS 8-836.nd auch ohne das Zusatzentgelt kodiert werden könne, falle dessen Fehlen nicht zwangsläufig auf. Unabhängig davon habe hier schon aufgrund des Zeitablaufs von neun Monaten zwischen erster Rechnung und Rechnungskorrektur das Zusatzentgelt nicht berücksichtigt werden können. In der Anlage 4 zur § 301er-Vereinbarung werde die Krankenkasse verpflichtet, bei Fehlern sofort zu reagieren, ein umgehendes Zurückschicken der fehlerhaft erkannten Daten werde verlangt. Ähnliches gehe auch aus § 11 Abs. 4 Satz 3 PrüfVV hervor: Im Falle einer Korrektur der Rechnung nach Aufrechnung habe diese innerhalb von 4 Wochen ab der Mitteilung nach § 8 Satz 1 PrüfVV zu erfolgen.

19

Mit Schriftsatz vom 28.10.2025 hat die Klägerin auf das Urteil des SG Altenburg vom 23.06.2025 (S 23 KR 1103/23) verweisen lassen, wonach § 17c Abs. 2a KHG weder nach seinem Wortlaut noch seinem Ziel Nachforderungen eines Krankenhauses ausschließe, welche auf einer im Wesentlichen unveränderten Datenbasis im Sinne des § 301 SGB V beruhen. Erfordere die Geltendmachung einer Nachforderung für stationär erbrachte Leistungen eines Krankenhauses keine erneute Prüfung der nach § 301 SGB V übermittelten und bereits aufgrund einer vorhergehenden Schlussrechnungslegung bestätigten Daten und Leistungen, liege kein Anwendungsfall des § 17c Abs. 2a KHG vor.

20

Die Beklagte ist dem mit Schriftsatz vom 19.11.2025 nochmals entgegengetreten.

21

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 2.954,68 € nebst Zinsen hieraus i.H.v. vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 06.04.2023 zu zahlen.

22

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

23

Im Übrigen wird auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 09.04.2026 sowie die Prozessakten des LSG (L 5 KR 571/23) und des SG (S 7 KR 767/23) und die Verwaltungsakten der Beklagten, deren wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

24

Die form- und fristgerecht (§§ 143, 151 SGG) eingelegte Berufung ist zwar zulässig, aber nicht begründet. Die auf Zahlung von weiteren 2.954,68 Euro aus dem streitgegenständlichen Behandlungsfall des Versicherten D gerichtete Klage hat das SG zu Recht abgewiesen. Der Klägerin steht kein weitergehender Vergütungsanspruch in entsprechender Höhe zu.

25

Der Senat verweist auf die umfassende und zutreffende Begründung der angefochtenen Entscheidung und macht sie sich nach eigener Würdigung zu Eigen (§ 153 Abs. 2 SGG), zumal sich der Vortrag der Klägerin in der Berufung im Wesentlichen in einer Wiederholung ihres erstinstanzlichen Vortrags erschöpft und sich das SG damit in der angefochtenen Entscheidung ausführlich und in allen Punkten auseinandergesetzt hat. Lediglich ergänzend ist auf Folgendes hinzuweisen:

26

Der Senat teilt die Begründung des SG auch insoweit, als es eine einschränkende Auslegung des § 17c Abs. 2a Satz 1 KHG im Sinne einer Nichtanwendung des Ausschlussstatbestands bei offensichtlichen Unrichtigkeiten der Abrechnung nicht für angezeigt gehalten hat (insoweit das SG wohl missverstandend: LSG Hamburg, Urteil vom 11.12.2025 – L 1 KR 92/24 KH, juris Rn. 50), weil zum einen der Korrekturbedarf am Maßstab der vom BSG (Urteil vom 19.11.2019 – B 1 KR 10/19 R, juris Rn. 20) aufgestellten Grundsätze vorliegend nicht offenkundig ist und zum anderen weil die Klägerin die Korrektur erst neun Monate nach der ersten Datenübermittlung und damit deutlich außerhalb der 4-Wochen-Frist nach § 11 Abs. 2 der hier anzuwendenden PrüfvV vom 22.06.2021 (PrüfvV 2022) vorgenommen hat.

27

Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben.

28

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 VwGO.

29

Nachdem in der PrüfvV 2022, anders als noch nach der Vorgängerregelung vom 10.12.2019 (PrüfvV 2020), in der die nach Maßgabe der Rechtsprechung des BSG zulässige Rechnungskorrekturen von den Vertragspartnern außerhalb des Prüfverfahrens als weiterhin zulässig angesehen worden sind, die Fortgeltung dieser Rechtsprechung nicht mehr vereinbart worden ist, hat der Senat die Revision nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zugelassen.

30

Der Streitwert für das Berufungsverfahren ist gemäß § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG i.V.m. §§ 63 Abs. 2 Satz 1, 52 Abs. 1 und Abs. 3, § 47 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 GKG in Höhe des im Rahmen der Berufung geltend gemachten weiteren Vergütungsanspruchs festzusetzen.