
S 49 KR 642/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Sozialgericht Dortmund
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	49
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 49 KR 642/16
Datum	21.04.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 3.996,98 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 15.03.2016 zu zahlen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.
3. Der Streitwert wird auf 3.996,98 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer Zahlungsforderung nach einer Nachkodierung der Vergütung für eine stationäre Krankenbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin des Nkrankenhaus T. Dieses ist zur stationären Krankenhausbehandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen.

In der Zeit vom 21.05.2015 bis zum 17.07.2015 befand sich die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Frau B (Versicherte) wegen einer instabilen Femurfraktur rechts im Krankenhaus der Beklagten. Die vollstationäre Aufnahme erfolgte notfallmäßig nach einem Sturz im häuslichen Bereich. Am 21.05.2015 erfolgte eine Osteosynthese mit verriegeltem proximalen Femurnagel. Aufgrund eines beginnenden Cutting Out war am 24.06.2016 ein Revisionseingriff durch

Entfernung des proximalen Femurnagels und die Implantation einer modularen Revisionsprothese erforderlich. Sodann erfolgte am 09.07.2015 eine weitere Osteosynthese mit Drahtcerclagen. Für den stationären Aufenthalt stellte die Klägerin der Beklagte am 23.07.2015 unter der DRG I08D (Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren Komplikationen) einen Betrag in Höhe von 15.014,06 EUR in Rechnung. Die Beklagte beglich diesen Betrag zunächst vollständig.

Mit Prüfanzeige vom 04.08.2015 leitete die Beklagte sodann ein Prüfverfahren unter der Fragestellung der Notwendigkeit der Überschreitung der oberen Grenzverweildauer ein. Mit Schreiben vom 05.08.2015 forderte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) sämtliche für die Prüfung relevanten Unterlagen ein. Mit Gutachten vom 28.01.2016 kam dieser zu dem Ergebnis, dass die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer im abgerechneten Umfang nicht begründet sei, da von 57 stationären Behandlungstagen nur 49 Tage erforderlich gewesen seien. Die Beklagte schloss sich der Auffassung des MDK an und forderte von der Klägerin mit Schreiben vom 21.01.2016 die Rückzahlung von 1.905,21 EUR.

Mit Schreiben vom 15.02.2016 widersprach die Klägerin der Rückforderung der Beklagten. Nach erneuter Durchsicht der Patientendokumentation sei die Nebendiagnose L89.14 (Dekubitus 2. Grades, Kreuzbein) zusätzlich zu verschlüsseln. Nach der erforderlichen Nachkodierung sei der Aufenthalt daher unter der DRG I08B (Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit komplexem Mehrfacheingriff oder komplexen Diagnosen oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit best. Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule) zu verschlüsseln.

Mit Schreiben vom 17.02.2016 lehnte die Beklagte die Nachkodierung ab, da dies nach § 7 Abs. 5 Ss. 1-2 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) nicht mehr zulässig sei. Unter dem 25.02.2016 übersandte die Klägerin eine korrigierte Schlussrechnung in Höhe von 19.011,04 EUR sowie am 18.04.2016 eine korrigierte Entlassungsanzeige unter Angabe der Nebendiagnose L89.14. Zu einer weiteren Vergütung kam es in der Folge nicht.

Mit der am 26.04.2016 bei Gericht eingegangenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren auf Zahlung der noch offenen Vergütung unter der DRG I08B in Höhe von 3.996,98 EUR weiter. Die Nachforderung sei zulässig, weil sie innerhalb eines Jahres nach Erteilung der ersten Schlussrechnung erfolgt sei und es sich nicht um einen Bagatellbetrag handle. Auch sei die Fünf-Monats-Frist nach § 7 Abs. 5 PrüfvV eingehalten. Diese gelte auch weiter, wenn die MDK-Prüfung abgeschlossen ist. Ferner entfalte die Regelung des § 7 Abs. 2 PrüfvV keine Ausschlusswirkung. Anders als in den Regelungen in § 6 Abs. 2 sowie § 8 S. 4 PrüfvV, wo die Fristen ausdrücklich als Ausschlussfristen bezeichnet werden, enthält § 7 Abs. 5 PrüfvV eine solche Formulierung nicht. Dies sei wegen der weitreichenden Folgen aber unumgänglich, so dass nur eine rein verfahrensbezogene Fristenregelung innerhalb des Überprüfungsverfahrens durch den MDK vereinbart worden sei. Die Vereinbarung einer derartigen Ausschlussfrist sei jedenfalls nicht von der

Rechtsgrundlage des § 17c Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) gedeckt, weil eine solche Frist über eine Regelung des Prüfverfahrens hinausgehe. Andernfalls liege ein ungerechtfertigter Eingriff in den von [Art. 14 Grundgesetz \(GG\)](#) geschützten Vergütungsanspruch vor. Zudem sei zu beachten, dass es sich unter Berücksichtigung der herrschenden Rechtsprechung des Ersten Senates des Bundessozialgerichts (BSG) bei Fragen der Kodierung um eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit, nicht aber um eine Frage der Wirtschaftlichkeit der Behandlung, welche allein Gegenstand der vorangegangenen Beauftragung des MDK gewesen ist, gehandelt habe.

Dies führe dazu, dass zumindest bis zum Ablauf des dem Rechnungsjahr folgenden Kalenderjahres oder Haushaltsjahres eine Nachforderung möglich bleibe, da bei der DRG I08B kein Zuschlag für die obere Grenzverweildauer anfalle.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 3.996,98 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 15.03.2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie meint, dass nach Beendigung der MDK-Begutachtung eine Korrektur nicht mehr berücksichtigungsfähig sei, selbst wenn sie innerhalb von fünf Monaten erfolge und die Nachkodierung medizinisch gerechtfertigt ist. Ziel der Prüfverfahrensvereinbarung sei schließlich die Etablierung eines effizienten Verfahrens gewesen. Auch sei § 7 Abs. 2 PrüfvV von der Ermächtigungsgrundlage gedeckt, denn die PrüfvV sei mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) abgestimmt worden und daher als zulässige beiderseitige Konkretisierung vertraglicher Pflichten zu bewerten.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie die von der Beklagten beigezogene Verwaltungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet.

Die Klage ist als echte Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 18.09.2008, Az.: [B 3 KR 15/07 R](#), zit. nach juris).

Die Klägerin ist berechtigt den stationären Aufenthalt der Versicherten unter der DRG I08B abzurechnen. Aus der Rechnung vom 25.02.2016 steht ihr daher gegen

die Beklagte ein Anspruch auf Zahlung des sich unter Abzug der auf die Rechnung vom 23.07.2015 bereits geleisteten Zahlung von 15.014,06 EUR ergebenden streitgegenständlichen Betrages von 3.996,98 EUR zu.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs eines zugelassenen Krankenhauses für eine stationäre Behandlung ist § 109 Abs. 4 S. 3 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – (SGB V) in Verbindung mit §§ 7 Satz 1 Nr. 1, 8 Abs. 2 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgeltG) und [§ 17b KHG](#), die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2015 und die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2015. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung – wie hier – in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich ist (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 13.11.2012, Az.: [B 1 KR 14/12 R](#), zit. nach juris m.w.N.).

Danach ist die Abrechnung unter der DRG I08B zulässig, da die stationäre Behandlung der Versicherten im Krankenhaus der Klägerin nach [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich war und die Nachverschlüsselung der Nebendiagnose L89.14 medizinisch zutreffend ist, sodass es auf die Überschreitung der Verweildauer nicht mehr ankommt. Dies ist auch zwischen den Beteiligten unstrittig. Entgegenstehende Anhaltspunkte sind der Kammer nicht ersichtlich.

Zur Überzeugung der Kammer war die Klägerin, entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten, auch zur Nachkodierung berechtigt. Dem Zahlungsanspruch steht weder der Einwand der Verwirkung noch eine Ausschlussfrist nach § 7 Abs. 5 S. 1-2 PrüfvV i.V.m. § 8 S. 1 PrüfvV entgegen.

Der zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und den Verbänden der Krankenkassen geschlossene Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) über "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" (Landesvertrag NRW) enthält weder eine Regelung, die die Nachberechnung ausschließt, noch eine solche, die eine zeitliche Grenze dafür setzt. Mangels ausdrücklicher (vertraglicher oder gesetzlicher) Regelung richtet sich somit die Zulässigkeit von Nachforderungen eines Krankenhausträgers wegen Behandlung eines Versicherten gemäß dem über § 69 Abs. 1 S. 3 SGBV auf die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkassen einwirkenden Rechtsgedanken des [§ 242](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) nach Treu und Glauben in Gestalt der Verwirkung.

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung des nunmehr für den Bereich der Abrechnungsstreitigkeiten stationärer Krankenhausbehandlungen zuständigen Ersten Senats passt das Rechtsinstitut der Verwirkung als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht. Es findet nämlich nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung. Ein Verwirkungsverhalten kommt daher nur in Betracht bei der vorbehaltlosen Erteilung einer nicht offensichtlich un schlüssigen 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 Krankenkassen geltend macht. Der Vertrauenstatbestand erwächst daraus, dass die Krankenkasse regelhaft darauf vertraut, dass das Krankenhaus insoweit keine weiteren Nachforderungen erhebt. Hieran richtet sie ihr Verhalten aus, indem sie davon Abstand nimmt, die Abrechnung als zweifelhaft zu behandeln und – im Kontext sonstiger streitiger Forderungen – dafür haushaltsrechtlich relevante Vorkehrungen zu treffen (vgl. BSG, Urteil vom 05.07.2016, Az.: [B 1 KR 40/15](#), Rn. 21, zit. nach juris m.w.N.).

Dieser Rechtsprechung schließt sich die Kammer ausdrücklich an, sodass die von der Klägerin im nachfolgenden Haushaltsjahr 2016 vorgenommene nachträgliche Korrektur der ersten Rechnung aus dem Jahr 2015 nicht verwirkt und damit zulässig ist.

Zur Überzeugung der Kammer gilt etwas Anderes auch nicht unter Berücksichtigung der für stationäre Krankenhausbehandlungen aus dem Jahr 2015 anwendbaren Prüfverfahrensvereinbarung 2015, die zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG nach [§ 17c Abs. 2 KHG](#) zur Regelung des "Näheren" zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) am 04.08.2014 vereinbart wurde (so im Ergebnis auch SG Reutlingen, Urteil vom 11.01.2017, Az.: [S 1 KR 3109/15](#) und SG Kassel, Gerichtsbescheid vom 25.11.2016, Az.: [S 12 KR 594/15](#); entgegen, SG Köln, Urteil vom 04.05.2016, Az.: [S 23 KN 108/15 KR](#), alle zit. nach juris).

Nach § 3 S. 1 PrüfV 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. Erkennt die Krankenkasse bei der Prüfung nach § 3 Auffälligkeiten, die es erforderlich machen, eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit deren Abrechnung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus nach § 4 PrüfV die Auffälligkeiten innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der nach § 3 übermittelten Daten und entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen, und hierzu mindestens die Art der Prüfung wie folgt zu bestimmen:

– eine Teilprüfung der Abrechnung (bestimmte Diagnosen, bestimmte Prozeduren etc.), – eine Vollprüfung der Abrechnung (alle abrechnungsrelevanten Diagnosen/Prozeduren etc.) – eine Fehlbelegungsprüfung oder – Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.).

Die Mitteilung muss dem Krankenhaus in dieser Frist zugehen. Bedarf es aus Sicht der Krankenkasse der direkten Beauftragung des MDK erfolgt nach § 6 Abs. 2 S. 2 PrüfV die Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse innerhalb der 6-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#). Der MDK zeigt nach § 6 Abs. 3 PrüfV dem Krankenhaus die Einleitung der MDK-Prüfung, einschließlich des Datums seiner Beauftragung, unverzüglich an. In der Prüfanzeige sind die bei der Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4) mitgeteilten Auffälligkeiten gegebenenfalls zu konkretisieren und, sofern in dem Vorverfahren weitere Erkenntnisse gewonnen wurden, zu ergänzen. Eine Beschränkung der MDK-Prüfung auf den Prüfanlass besteht nicht.

Eine Erweiterung des Prüfanlasses ist dem Krankenhaus anzuzeigen.

§ 7 PrüfvV enthält nähere Regelungen zur Durchführung der Prüfung. So kann nach § 7 Abs. 2 PrüfvV bei Prüfung im schriftlichen Verfahren der MDK die Übersendung einer Kopie der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb von 4 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln. Erfolgt dies nicht, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag. Nach § 7 Abs. 5 PrüfvV sind Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen 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 Abs. 2 an die Krankenkasse erfolgen. Unabhängig hiervon kann das Krankenhaus bei Erweiterung des Prüfanlasses nach § 6 Abs. 3 S. 4 eine einmalige Korrektur oder Ergänzung des Datensatzes innerhalb von 5 Monaten nach dieser Erweiterung vornehmen.

Nach § 8 PrüfvV hat die Krankenkasse dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen. Wenn die Leistung nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, sind die wesentlichen Gründe darzulegen. Die Mitteilungen nach Satz 1 und 2 haben innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige nach § 6 Abs. 3 zu erfolgen.

Unter Beachtung und Auslegung dieser Regelungen vor dem Hintergrund der Ermächtigungsgrundlage des [§ 17c Abs. 2 KHG](#) sowie von Sinn und Zweck des Prüfverfahrens nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) ist nach Auffassung der Kammer erstens bereits die Vereinbarung einer Ausschlussfrist für eine nachträgliche Rechnungskorrektur nicht von der Ermächtigungsgrundlage gedeckt (dazu a), zweitens in § 7 Abs. 5 SS. 1-2 PrüfvV i.V.m. § 8 S. 1 PrüfvV keine Ausschlussfrist vereinbart worden (dazu b) und drittens, sofern man entgegen der Ansicht der Kammer erstens und zweitens bejaht, eine etwaige in § 7 Abs. 5 SS. 1-2 PrüfvV i.V.m. § 8 S. 1 PrüfvV vereinbarte Ausschlussfrist auf den vorliegenden Abrechnungsfall nicht anwendbar ist (dazu c).

a) Die Vereinbarung einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist zur nachträglichen Rechnungskorrektur innerhalb der gesetzlich normierten vierjährigen Verjährungsfrist bzw. innerhalb des von der Rechtsprechung des BSG definierten Zeitraums des Einwendungsausschlusses der Verwirkung ist nicht von der Ermächtigungsgrundlage des [§ 17c Abs. 2 S. 1 KHG](#) gedeckt, da damit bereits unter Beachtung des Wortlauts ("das Nähere zum Prüfverfahren") über die Regelung einer Verfahrensfrage hinausgegangen wird (vgl. SG Kassel, Gerichtsbescheid vom 25.11.2016, Az.: [S 12 KR 594/15](#), Rn. 40-46, zit. nach juris). Weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung ist zudem ein derartig enger und tiefgreifender Ausschluss des Vergütungsanspruchs anerkannt. Vielmehr enthält [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) als einzig relevante Frist die Einleitungsfrist von sechs Wochen, welche von den Krankenkassen zu berücksichtigen ist. Diese Frist beginnt erst nach Erteilung der

Schlussrechnung sowie der Übersendung der Daten nach [§ 301 SGB V](#), sodass letztlich den Krankenkassen Anfang, Dauer und Ende der Frist bekannt sind und die Einhaltung der Frist somit allein von einer rechtzeitigen Prüfanzeige abhängig ist. Würde man nunmehr der Fertigstellung eines MDK-Gutachtens eine über die bloße Beendigung der Prüfung hinausgehende materiell-rechtliche Ausschlusswirkung für Rechnungskorrekturen einräumen, hätte es allein der MDK in der Hand, eine Rechnungsnachforderung auszuschließen. Denn den Krankenhäusern ist gerade nicht bekannt, wie lange die MDK-Prüfung dauern bzw. welche Einwendungen der MDK erheben wird. Letztlich trägt damit das Krankenhaus das alleinige Risiko der Prüfdauer ohne die Möglichkeit der Einwirkung. Dies widerspricht der Zielsetzung des Prüfverfahrens, welches neben einer zeiteffektiven auch auf eine konsensuale Durchführung ausgerichtet ist.

b) Die Kammer ist auch davon überzeugt, dass die in § 7 Abs. 5 S. 1-2 PrüfvV i.V.m. § 8 S. 1 PrüfvV aufgeführten Fristen keine Ausschlussfristen darstellen. Anders als etwa die Fristen der § 6 Abs. 2 und § 8 PrüfvV, welche ausdrücklich als Ausschlussfristen benannt werden gemäß § 6 Abs. 2 S. 3 PrüfvV und § 8 S. 4 PrüfvV, haben die Beteiligten auf eine solche Bezeichnung im Kontext des § 7 Abs. 5 PrüfvV verzichtet. Vor dem Hintergrund der besonders tiefgreifenden Auswirkungen, die nach Ansicht der Beklagten an die Beendigung des Prüfverfahrens durch den MDK geknüpft werden sollen, wäre aber eine ausdrückliche Bezeichnung erforderlich gewesen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die gesetzliche Verjährungsfrist und die Verwirkungsrechtsprechung des BSG. Im Umkehrschluss zu den ausdrücklich in der Prüfverfahrensvereinbarung als solche bezeichneten Ausschlussfristen geht die Kammer daher davon aus, dass hier eine Ausschlusswirkung gerade nicht bezweckt bzw. einvernehmlich vereinbart war. Insofern liegt jedenfalls ein versteckter Einigungsmangel vor, welcher im Sinne der bei der Auslegung von Verträgen heranzuziehenden [§§ 139, 155 BGB](#) zur Teilnichtigkeit der Vereinbarung führt, was zur Folge hat, dass allein das Gesetz bzw. die Rechtsprechung des BSG zu beachten ist.

c) Selbst wenn man jedoch entgegen der Ansicht der Kammer zu dem Ergebnis kommt, dass die Prüfverfahrensvereinbarung in § 7 Abs. 5 i.V.m. § 8 S. 1 eine wirksame Ausschlussfrist für die nachträgliche Korrektur der Schlussrechnung enthält, steht diese dem Zahlungsanspruch hier gleichwohl nicht entgegen. Denn die Kammer teilt insoweit die Auffassung des SG Reutlingen (SG Reutlingen, Urteil vom 11.01.2017, Az.: [S 1 KR 3109/15](#), Rn. 48, zit. nach juris), dass in Fällen, in denen – wie hier – eine Prüfung durch den MDK erfolgt ist, die Rechtsprechung des BSG zur Zulässigkeit einer nachträglichen Rechnungskorrektur durch § 7 Abs. 5 PrüfvV nur insoweit modifiziert wird, als die Rechnungskorrektur den Gegenstand der MDK-Prüfung betrifft. Bezieht sich also der Prüfanlass auf einen anderen Sachverhalt als die Rechnungskorrektur, findet die Rechtsprechung des BSG weiterhin uneingeschränkt Anwendung. Eine Rechnungskorrektur ist daher in diesen Fällen noch bis zum Ende des auf die Schlussrechnung folgenden Kalenderjahres zulässig. Die in § 7 Abs. 5 PrüfvV enthaltene 5-Monats-Frist findet in diesen Fällen keine Anwendung.

Hier hat die Beklagte nach § 4 PrüfvV eine Prüfung der Krankenhausabrechnung

durch den MDK unter der Fragestellung einer Fehlbelegungsprüfung für erforderlich gehalten. Durch ihren Prüfauftrag vom 04.08.2015 hat sie dem MDK den Anlass der Prüfung mitgeteilt und damit zugleich auch Art und Umfang der von ihr in Auftrag gegebenen Prüfung bestimmt. Entsprechend diesem Auftrag hat der MDK dann die Prüfung durchgeführt ohne sich dabei mit der Frage der ordnungsgemäßen Kodierung des Aufenthaltes auseinanderzusetzen. Aus dem Zusammenspiel zwischen der Bestimmung der Art der Prüfung durch die Krankenkasse, dem darauf beruhenden "bestimmten" Prüfauftrag an den MDK und dem auftragsgemäß durchgeführten Prüfverfahren zeigt sich, dass die 5-Monats-Frist des § 7 Abs. 5 S. 2 PrüfvV nur für die beim MDK in Auftrag gegebene Prüfungsart gilt. Nur innerhalb dieses konkret in Auftrag gegebenen Prüfungsverfahrens kann der MDK berechtigt sein, nach Ablauf der 5-Monats-Frist Korrekturen oder Ergänzungen zurückzuweisen (SG Reutlingen, Urteil vom 11.01.2017, Az.: [S 1 KR 3109/15](#), Rn. 51, zit. nach juris).

Dieses Auslegungsergebnis findet seine Bestätigung in der Regelung des § 6 Abs. 3 SS. 3-4 PrüfvV, da der MDK zwar nicht an den Prüfanlass gebunden ist, er jedoch bei einer beabsichtigten Erweiterung, diese dem Krankenhaus anzuzeigen hat. Dies hat dann zur Folge, dass nach § 7 Abs. 5 S. 3 PrüfvV eine erneute 5-Monats-Frist zu laufen beginnt. Die einzelnen Fristen beziehen sich damit ausdrücklich auf den jeweiligen Prüfanlass bzw. die Art der Prüfung.

Dies entspricht auch der Rechtsprechung des BSG, dass vor der Einführung des ab dem 01.01.2016 gültigen [§ 275 Abs. 1c S. 4 SGB V](#) das sachlich-rechtliche Prüfreime (hier die Frage der Kodierung der Nebendiagnose L89.14) von der Auffälligkeitsprüfung (hier die von der Beklagten in Auftrag gegebene Prüfung der oberen Grenzverweildauer) zu trennen ist (vgl. BSG, Urteil vom 25.10.2016, Az.: [B 1 KR 22/16 R](#), zit. nach juris).

Damit steht der Klägerin der geltend gemachte Zahlungsanspruch in Höhe von 3.996,98 EUR zu. Diesen hat die Beklagte nach § 15 Abs. 1 S. 3 Landesvertrag NRW antragsgemäß zu verzinsen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 155 Abs. 1 S. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 52 Abs. 1](#) und 3 des Gerichtskostengesetzes (GKG).

Die Berufung ist gemäß [§ 144 Abs. 1 SGG](#) zulässig. Der Berufungsstreitwert von 750,00 EUR wird vorliegend bei der streitgegenständlichen Klageforderung in Höhe von 3.996,98 EUR erreicht.

Erstellt am: 06.03.2019

Zuletzt verändert am: 06.03.2019
