
S 46 KR 696/20

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	16
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 46 KR 696/20
Datum	11.08.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	L 16 KR 727/22 KH
Datum	15.08.2024

3. Instanz

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

Â

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 11.08.2022 geÃ¤ndert. Die Klage wird abgewiesen.

Â

Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt die Kosten des Verfahrens in beiden RechtszÃ¼gen.

Â

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Der Streitwert fÃ¼r das Berufungsverfahren wird auf 2.488,22 â¬ festgesetzt.

Â

Â

Tatbestand:

Â

Die Beteiligten streiten über einen Vergütungsanspruch für eine stationäre Krankenhausbehandlung.

Â

Die bei der Beklagten versicherte T. (geb. 00.00.0000, nachfolgend: Versicherte) wurde im nach [Â§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus der Klägerin vom 12.09.2017 bis 21.09.2017 vollstationär wegen eines Mammakarzinoms behandelt.

Â

Für den stationären Aufenthalt der Versicherten stellte die Klägerin der Beklagten am 10.10.2017 eine Schlussrechnung i.H.v. 5.207,15 € unter Ansteuerung der Fallpauschale (Diagnosis Related Group, DRG) J23Z (*Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung*). Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst vollständig und leitete sodann eine Abrechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Ausweislich der Prüfungsanzeige des MDK vom 16.10.2017 wurden als Prüfungsgrund Behandlungsnotwendigkeit, Verweildauer, Hauptdiagnose und die Prozeduren genannt. Am 07.03.2018 führte der MDK die Prüfung im Wege des Begehungsverfahrens (Vor-Ort-Prüfung) durch. Hierbei erfolgte eine Einsichtnahme in die Krankenakte, in welcher der Operationsbericht sowie der Tumorkonferenzbogen jedoch fehlten. Der MDK kam im Gutachten vom 15.03.2018 zu dem Ergebnis, dass die stationäre Behandlung der Versicherten medizinisch notwendig gewesen sei. Allerdings seien die beiden von der Klägerin kodierten Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) 5-883.21R (*Plastische Operationen zur Vergrößerung der Mamma: Implantation einer Alloprothese, subpektoral: Mit gewebeverstärkendem Material*) und OPS 5-886.41L (*Andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subpektoral: Mit gewebeverstärkendem Material*) nicht zu kodieren, da sie bei fehlenden Unterlagen (OP-Protokoll) nicht nachvollziehbar seien. Die Fallpauschale sei daher von DRG J23Z in J62B (*Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne Ausmaß erst schwere CC*) zu ändern.

Â

Die Klägerin reichte den Operationsbericht noch am Tag der Vor-Ort-Prüfung durch den MDK (07.03.2018) nach, aber nach Abschluss der Prüfung. In der gutachterlichen Stellungnahme vermerkte der MDK bei den Beurteilungsgrundlagen entsprechend: OP-Protokoll zur Prüfung der vom Kostenträger angefragten

Prozeduren liegt nicht vor, liegt vor am 07.03.2018.

Ä

Die Beklagte verrechnete mit Schreiben vom 03.05.2018 ihren zuvor am 19.03.2018 geltend gemachten Rückforderungsanspruch gegen die Klägerin mit einer weiteren, unstreitigen Forderung i.H.v. 2.488,22 €. Die Klägerin widersprach der Verrechnung mit Schreiben vom 13.12.2019 und fügte den Operationsbericht und den Tumorkonferenzbogen erneut bei. Diesen Widerspruch wies die Beklagte mit Schreiben vom 18.12.2019 mit der Begründung zurück, dass die Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) kein Widerspruchsverfahren vorsehe. Der Sachverhalt sei abschließend entschieden und das Prüfverfahren damit abgeschlossen.

Ä

Die Klägerin hat am 05.06.2020 Klage bei dem Sozialgericht (SG) Duisburg erhoben und von der Beklagten Zahlung von 2.488,22 € nebst Zinsen begehrt. Der Anspruch aus der Behandlung der Versicherten, mit dem die Beklagte gegen den unstreitigen Vergütungsanspruch aufgerechnet habe, habe in voller Höhe bestanden. Die Höhe der geltend gemachten Vergütung entspreche den abrechnungstechnischen Vorgaben und Regelungen auf Grundlage der Diagnosen, Prozeduren und des Alters der Versicherten. Insbesondere seien die streitigen OPS zu Recht kodiert worden, was sich aus den bei der Beklagten eingereichten Unterlagen ergebe.

Ä

Die Klägerin hat beantragt,

Ä

die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.488,22 € nebst Zinsen i.H.v. zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 04.05.2018 zu zahlen.

Ä

Die Beklagte hat beantragt,

Ä

Ä die Klage abzuweisen.

Ä

Die Klägerin habe dem MDK im Rahmen der Begutachtung nur unzureichende Unterlagen vorgelegt, aus denen sich die Kodierung der streitigen Prozedur nicht

nachvollziehen lasse. Soweit die Klägerin weitere Unterlagen eingereicht habe, lasse die Beklagte im Hinblick auf § 7 Abs. 2 PrÄfV 2016 keine weiteren als die bislang dem MD fristgerecht übersandten Behandlungsunterlagen gegen sich gelten.

Ä

Das SG hat die Beklagte um Stellungnahme gebeten, aus welchen Gründen die streitigen OPS gestrichen worden und ob die OPS auch unter Berücksichtigung der nachgereichten Unterlagen nicht nachvollziehbar seien. Die Beklagte hat die Anfrage des SG dem Medizinischen Dienst Nordrhein (MD) vorgelegt, der in seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 16.08.2021 zu der Einschätzung gelangt ist, dass die von der Klägerin abgerechneten Prozeduren auch unter Berücksichtigung der nachgereichten Unterlagen nicht korrekt seien. Der MD hat hierzu ausgeführt: „Hätten die nachgereichten Unterlagen (OP-Bericht, Tumorkonferenzbogen) bei der Vor-Ort-Prüfung vorgelegen, wären der vom Krankenhaus abgerechnete OPS 5-883.21R [!] zu streichen und der OPS 5-886.41L in den OPS 5-886.40L [! Ohne gewebeverstärkendes Material] zu ändern gewesen. Zusätzlich hätte die Nachkodierung des OPS 5-872.1L [!], des OPS 5-401.11L [!] und des OPS 5-401.10L [!] durchgeführt werden können.“

Ä

Die Beteiligten haben daraufhin die Kodierung der OPS aus der gutachtlichen Stellungnahme des MD vom 16.08.2021 unter Zugrundelegung aller Unterlagen unstrittig gestellt. Diese Kodierung führt nicht zur DRG J62B, sondern J06Z, die wiederum anstelle der in der ursprünglichen Rechnung gestellten 5.207,15 € zu einem Vergütungsanspruch i.H.v. 7.133,08 € führen würde.

Ä

Die Beklagte hat sich weiterhin auf § 7 Abs. 2 PrÄfV 2016 berufen. Selbst wenn die nachgereichten Unterlagen nicht nach § 7 Abs. 2 PrÄfV präkludiert wären, sei eine Abrechnung der strittigen Prozeduren, weil unrichtig kodiert, weiterhin nicht möglich und eine Änderung bzw. Hinzukodierung weiterer Prozeduren aufgrund materieller Präklusion wegen § 7 Abs. 5 PrÄfV unzulässig. Das BSG habe eine teleologische Reduktion des § 7 Abs. 5 PrÄfV nur im Rahmen der Umsetzung des im Prüfverfahren durch den MD festgestellten Prüfergebnisses durch das Krankenhaus bejaht. Hier gehe es jedoch nicht um die Umsetzung des Ergebnisses des MD-Gutachtens im Prüfverfahren, sondern die Umsetzung des nach Abschluss des Prüfverfahrens im sozialgerichtlichen Verfahren eingeholten Gutachtens. Ein solches MD-Gutachten habe jedoch keinerlei Bezug zum Gutachten des MD im Rahmen der Fallprüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) a.F. bzw. der PrÄfV. Vielmehr handele es sich um ein völlig unabhängiges und eigenständiges Sachverständigengutachten im sozialgerichtlichen Verfahren, welches auf einer Stufe mit der Einholung eines gerichtlichen Sachverständigengutachtens stehe und bei dem im Falle einer

abweichenden Kodierung die Präklusionsvorschrift des Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV unstreitig zur Anwendung gelange. Auch wÃ¼rde die ZulÃ¼ssigkeit einer Nachkodierung auf der Grundlage einer im Gerichtsverfahren eingeholten Stellungnahme des MD einer WiedererÃ¶ffnung des PrÃ¼fverfahrens gleichkommen, was das gesamte Fristenregime der PrÃ¼fvV konterkarieren wÃ¼rde.

Â

Die KlÃ¼gerin hat geltend gemacht, dass Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV hier keine Anwendung finden kÃ¶nne. Anderenfalls wÃ¼rde dies darauf hinauslaufen, dass sich Abrechnungsfehler, die dem KrankenhaustrÃ¼ger zugunsten der Krankenkasse unterlaufen seien und die ohne ein von der Krankenkasse erzwungenes Gerichtsverfahren gerade nicht zutage getreten wÃ¼ren, nicht zugunsten des KrankenhaustrÃ¼gers auswirken kÃ¶nnten, wÃ¼hrend dieser maximal nur den Betrag abrechnen kÃ¶nnte, den er schon zuvor geltend gemacht habe. Dies widersprÃ¼che essenziell dem Grundsatz der prozessualen Waffengleichheit in den Abrechnungsverfahren. Auch sei Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV auf FÃ¼lle, in denen wie hier eine Korrektur nach sozialgerichtlichem Verfahren erfolge, nicht mehr anwendbar. Sinn und Zweck der Regelung sei, den MDK im PrÃ¼fverfahren nicht dauernd mit neuen, sich teilweise widersprechenden DatensÃ¼tzen zu konfrontieren. Im vorliegenden Fall sei jedoch klar, welche DatensÃ¼tze dem MDK vorgelegen hÃ¼tten. Die Feststellung, dass ein anderer OPS anzusetzen sei, beeinflusse daher nicht mehr die PrÃ¼fung durch den MDK oder fÃ¼hre zu einer weiteren VerzÃ¶gerung des PrÃ¼fverfahrens. Letzteres sei schon deswegen ausgeschlossen, weil bereits das gerichtliche Verfahren anhÃ¼ngig sei.

Â

Mit Urteil vom 11.08.2022 hat das SG die Beklagte antragsgemÃ¼Ã verurteilt, an die KlÃ¼gerin 2.488,22 â nebst Zinsen i.H.v. jeweils zwei Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 04.05.2018 zu zahlen. Die KlÃ¼gerin habe einen Zahlungsanspruch in HÃ¶he der Klageforderung aus einem oder mehreren anderen Behandlungsfall bzw. -fÃ¼llen. Dieser Anspruch sei nicht durch Aufrechnung mit einem Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch erloschen. Der Beklagten stehe die fÃ¼r eine Aufrechnung erforderliche Gegenforderung aus dem Behandlungsfall der Versicherten nicht zu. Unter Zugrundelegung aller den streitigen Behandlungsfall betreffenden medizinischen Unterlagen einschlieÃ¼lich des OP-Berichts und des Tumorkonferenzbogens seien fÃ¼r die durchgefÃ¼hrten operativen und medizinischen MaÃ¼nahmen â insoweit unstreitig â die OPS 5-886.40L, OPS 5-872.1L, OPS 5-401.11L und OPS 5-401.10L zu kodieren. Durch diese Kodierung werde die Fallpauschale DRG J06Z angesteuert und ergebe sich eine offene Forderung, die den klageweise geltend gemachten Betrag in HÃ¶he von 2.488,22 â umfasse. Der Einwand der Beklagten, die nachgereichten Unterlagen (OP-Bericht, Tumorkonferenzbogen) seien wegen Â§ 7 Abs. 2 PrÃ¼fvV nicht zu berÃ¼cksichtigen, verfange nicht. Diese Unterlagen seien nicht nach Â§ 7 Abs. 2 PrÃ¼fvV prÃ¼kludiert, da die Vorschrift im vorliegenden Fall einer PrÃ¼fung vor Ort keine Anwendung finde. Der VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¼gerin sei auch nicht

durch Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fV ausgeschlossen. Die Vorschrift sei hier entsprechend der GrundsÃtze des BSG teleologisch zu reduzieren. Die KIÃrgerin habe sich mit ihrem Schriftsatz vom 29.11.2021 vollstÃndig der medizinisch-fachlichen EinschÃtzung des MD vom 16.08.2021 unterworfen und die zum Teil abweichende Kodierung der Prozeduren als zutreffend anerkannt. Unbeachtlich sei hingegen, dass die Gutachterin des MD weiterhin die Auffassung des MDK-Gutachtens vom 15.03.2018 teile, es sei im Ergebnis nach der Fallpauschale J62B abzurechnen, da die abgerechneten OPS nicht durch Unterlagen belegt seien. Dieser EinschÃtzung liege die unzutreffende rechtliche Bewertung zugrunde, die nachgereichten Unterlagen seien nicht berÃcksichtigungsfÃhig. Die Gutachterin gehe rechtsirrtÃmlich von einer PrÃklusion der nachgereichten Unterlagen aus, die jedoch nicht bestehe. Die KIÃrgerin mÃsse sich auch nicht auf das MDK-Gutachten vom 15.03.2018 verweisen lassen. Die teleologische Reduktion des Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fV sei in diesem Fall nicht mit der MaÃgabe anzuwenden, dass lediglich die Umsetzung des ersten MDK-Gutachtens, das im Rahmen des PrÃfverfahrens ergangen sei, zulÃssig wÃre. Dies wÃrde hier dazu fÃhren, dass die KIÃrgerin sich auf ein offenkundig falsches Gutachten stÃtzen mÃsste, welches erkennbar irrtÃmlich von einer PrÃklusionswirkung ausgehe, die wegen der Vor-Ort-PrÃfung nicht bestehe. Die teleologische Reduktion sei vorliegend so anzuwenden, dass die KIÃrgerin berechtigt sei, in Umsetzung des MD-Gutachtens vom 16.08.2021 abzurechnen. Erst dieses Gutachten bewerte ausgehend von den berÃcksichtigungsfÃhigen Unterlagen den vollstÃndigen medizinischen Sachverhalt. Der Umstand, dass die PrÃklusionsvorschrift des Â§ 7 Abs. 2 PrÃ¼fV auf die nachgereichten Unterlagen keine Anwendung finde, bedeute im Umkehrschluss, dass die Unterlagen auch nachtrÃglich noch BerÃcksichtigung finden mÃssten, da sie gerade nicht prÃkludiert seien.

Â

Gegen das der Beklagten am 15.09.2022 zugestellte Urteil hat sich deren am 17.10.2022 (Montag) eingelegte Berufung gerichtet. Zwischen den Beteiligten sei unstrittig, dass die seitens der KIÃrgerin ursprÃnglich abgerechnete und Gegenstand des PrÃfverfahrens gewesene Kodierung falsch gewesen sei, da der OPS 5-883.21R nicht hÃtte abgerechnet werden dÃrfen und anstelle des OPS 5-886.41L (â mit gewebeverstÃrkendem Materialâ) der OPS 5-886.40L (â ohne gewebeverstÃrkendes Materialâ) zu kodieren gewesen wÃre. Auch kÃnne ein VergÃtungsanspruch nach der Rechtsprechung des BSG bei einer wegen unzutreffender Daten fehlerhaften Abrechnung nicht begrÃndet werden. Daher kÃnne die KIÃrgerin ihren Anspruch nur dann auf das MD-Gutachten vom 16.08.2021 stÃtzen, wenn sie im Hinblick auf die nicht im Rahmen der Erstbegutachtung zur VerfÃgung gestellten Unterlagen nicht nach Â§ 7 Abs. 2 PrÃ¼fV prÃkludiert wÃre und das Ergebnis dieser Begutachtung auch gegenÃber der Beklagten durch zulÃssige Ãbermittlung eines entsprechend geÃnderten Datensatzes nach [Â§ 301 SGB V](#) zur Abrechnung hÃtte bringen kÃnnen, also auch keine PrÃklusion nach Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fV vorlÃge. Beides sei jedoch nicht der Fall. Â§ 7 Abs. 2 Satz 2 bis 4 PrÃ¼fV finde hier Anwendung, auch wenn das BSG entschieden habe, dass die Vorschrift nur fÃr das schriftliche Verfahren, nicht aber die PrÃfung vor Ort gelte. Bei der Formulierung handele es

sich offenkundig um einen Formulierungsfehler der Vertragsparteien. Es sei nicht ersichtlich, warum diese gewollt haben könnten, dass zwar konkret angeforderte, aber nicht übersandte Unterlagen im schriftlichen Verfahren der materiell-rechtlichen Präklusion unterliegen, im Rahmen einer Vor-Ort-Prüfung hingegen nicht. Dies stelle einen Wertungswiderspruch dar, der eine Regelungsücke zur Folge habe, welcher von einer sachorientierten Rechtsprechung zu füllen sei. Zudem habe die Klägerin im hiesigen Fall von der Prüfanzeige im Oktober 2017 bis zur Prüfung am 07.03.2018 fast fünf Monate Zeit gehabt, die vollständige Patientenakte anzufertigen und für den MD bereitzuhalten. Dass dies offenkundig nicht geschehen sei, stelle eine gravierende Pflichtverletzung der Klägerin dar, die zur Präklusion der Operationsprotokolle nach § 7 Abs. 2 PrüfV geführt habe, so dass diese mitsamt dem auf ihnen gestützten Gutachten des MD vom 16.08.2021 keine Berücksichtigung hätten finden dürfen. Würde man dies anders sehen, wäre jedenfalls die Geltendmachung des Vergütungsanspruchs auf Basis der Übermittlung des auf der Grundlage des MD-Gutachtens vom 16.08.2021 geänderten Datensatzes gemäß § 7 Abs. 5 PrüfV materiell-rechtlich präkludiert. Die vom SG vertretene Rechtsauffassung einer teleologischen Reduktion der Regelung verstöße nicht nur gegen den Wortlaut des § 7 Abs. 5 PrüfV, sondern auch gegen die ständige Rechtsprechung des BSG. Eine mit dem Fall des BSG vergleichbare Konstellation, die dort zur Annahme einer teleologischen Reduktion der Vorschrift geführt habe, liege hier gerade nicht vor. Denn hier sei es nicht um eine Umsetzung des Erstgutachtens des MD als Ergebnis des Prüfverfahrens, sondern die nachträgliche Datensatzänderung auf Basis eines im sozialgerichtlichen Verfahren eingeholten Gutachtens des MD und damit weit außerhalb des eigentlichen Prüfverfahrens gegangen. Diese beiden Konstellationen seien keineswegs miteinander vergleichbar. Würde ein gerichtliches Sachverständigengutachten mit demselben Ergebnis eingeholt worden, wäre dieses nach dem eindeutigen Wortlaut des § 7 Abs. 5 PrüfV nicht mehr umsetzbar gewesen. Bei einer gutachtlichen Stellungnahme des MD außerhalb des Prüfverfahrens nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (a.F.) könne nichts anderes gelten, zumal deren Umsetzung eine ganz erhebliche Verzögerung zur Folge gehabt und damit im Ergebnis auch zu einer der Zielsetzung der PrüfV widersprechenden Wiedereröffnung des Prüfverfahrens geführt hätte. Der Anwendung von § 7 Abs. 5 PrüfV würde auch eine fehlende Präklusion von Unterlagen nach § 7 Abs. 2 PrüfV bei einer Prüfung vor Ort nicht entgegenstehen. Die Verwertung von nachträglich eingereichten Unterlagen durch den MD könne allenfalls dazu führen, die ursprüngliche Abrechnung der Klägerin zu bestätigen, nicht aber eine unzulässige Wiedereröffnung des durch Erstattung des Erstgutachtens abgeschlossenen Prüfverfahrens bewirken und unter Aushebelung von § 7 Abs. 5 PrüfV die Übermittlung eines völlig anderen, vergütungserhaltenden Datensatzes ermöglichen. Anderenfalls hätten es die Krankenkassen in der Hand, sich entgegen der Zielsetzung der Vertragsparteien der PrüfV eine jederzeitige Nachkodierung außerhalb der PrüfV bis hinein in sozialgerichtliche Verfahren zu erschleichen.

Ä

Die Beklagte beantragt,

Â

das Urteil des SG Duisburg vom 11.08.2022 zu Ãndern und die Klage abzuweisen.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

Â

Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen,
hilfsweise die Revision zuzulassen.

Â

Sie hÃ¤lt die sozialgerichtliche Entscheidung fÃ¼r zutreffend. Der Wortlaut des Â§ 7 Abs. 2 PrÃ¼fvV mit seiner Geltung nur im schriftlichen Verfahren sei eindeutig und lasse keinen Raum fÃ¼r anderweitige Ermessens- oder BilligkeitserwÃgungen. Auch Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV entfalte keine Sperrwirkung mehr, wenn sich die ursprÃ¼ngliche Begutachtung durch den MD wie hier als falsch herausgestellt habe. Anderenfalls kÃ¶nnten entsprechende VersÃumnisse des MD nicht mehr korrigiert werden, was alleine zu Lasten der KrankenhÃuser gehen wÃ¼rde. Etwaige Fehler des MD, die zur Verurteilung der Beklagten fÃ¼hrten, kÃ¶nnten ggf. im Wege der Geltendmachung von RegressansprÃ¼chen der Krankenkassen gegen den MD ausgeglichen werden.

Â

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, der beigezogenen Patientenakte sowie der VerwaltungsvorgÃnge der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen ist.

Â

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Â

Die zulÃssige, insbesondere statthafte und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten gegen das Urteil des SG ist begrÃ¼ndet. Das SG hat der Klage zu Unrecht stattgegeben, weil sie unbegrÃ¼ndet ist. Die KlÃ¤gerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung von 2.488,22 â¬. Daher besteht auch kein Zinsanspruch.

Â

Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die KlÃ¤gerin aufgrund stationÃ¤rer Behandlung anderer Versicherter der Beklagten zunÃ¤chst Anspruch auf VergÃ¼tung weiterer 2.488,22 â¬ hatte; eine nÃ¤here PrÃ¼fung des Senats erÃ¼brigt sich insoweit (vgl. etwa BSG, Urteil vom 30.07.2019 â B 1 KR 31/18 R â, Rn. 9, juris; BSG, Urteil vom 17.12.2013 â B 1 KR 57/12 R â, Rn. 8, juris, jeweils m.w.N.).

Â

Dieser VergÃ¼tungsanspruch (Hauptforderung) ist durch ErfÃ¼llung infolge der von der Beklagten erklÃ¤rten und gemÃ¤Ã [Â§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [Â§ 387 BGB](#) mÃ¶glichen Aufrechnung gemÃ¤Ã [Â§ 389 BGB](#) erloschen, weil dieser ein Ã¶ffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in entsprechender HÃ¶he aus dem Behandlungsfall der Versicherten als Gegenforderung zustand. Die Beklagte hat einen Anspruch auf RÃ¼ckzahlung von 2.488,22 â¬ gegen die KlÃ¤gerin nach MaÃgabe der im KrankenhausvergÃ¼tungsrecht zwischen den Krankenkassen und KrankenhaustrÃ¤gern geltenden GrundsÃ¤tze des Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs, die an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach [Â§ 812 ff. BGB](#) treten (vgl. hierzu Urteil des Senats vom 11.05.2017 â L 16 KR 523/14 â, Rn. 20 f., juris). Denn diese Leistung ist rechtsgrundlos erbracht worden.

Â

Rechtsgrundlagen der von dem klagenden Krankenhaus geltend gemachten und von der beklagten Krankenkasse dem Grunde nach zu zahlenden VergÃ¼tung sind [Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [Â§ 7 Satz 1 KHEntgG](#) und [Â§ 17b KHG](#), die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem fÃ¼r KrankenhÃ¤user fÃ¼r das Jahr 2017 und die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) fÃ¼r das Jahr 2017. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht â unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage â unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes ([Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)), wenn die Versorgung â wie vorliegend der Fall â in einem zugelassenen Krankenhaus ([Â§ 108 SGB V](#)) durchgefÃ¼hrt wird und i.S. von [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (BSG, Urteil vom 08.09.2009 â B 1 KR 11/09 R â, Rn. 11, juris m.w.N.). Die von der Krankenkasse zu zahlende VergÃ¼tung errechnet sich im Wesentlichen nach der mithilfe einer zertifizierten Software (Grouper) ermittelten DRG. FÃ¼r die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG sind maÃgebliche Kriterien die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen, eventuell den Behandlungsverlauf wesentlich beeinflussende Komplikationen, die im Krankenhaus durchgefÃ¼hrten Prozeduren sowie weitere Faktoren (Alter, Geschlecht etc.). Die Diagnosen werden mit einem Kode gemÃ¤Ã dem vom Deutschen Institut fÃ¼r medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), das seit dem 26.05.2020 zum Bundesinstitut fÃ¼r Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gehÃ¶rt, im Auftrag des Bundesministeriums fÃ¼r Gesundheit (BMG) herausgegebenen ICD-10 verschlÃ¼sselt. Die Prozeduren werden

nach dem ebenfalls vom DIMDI bzw. BfArM herausgegebenen OPS kodiert. Aus diesen Codes wird dann zusammen mit den weiteren für den Behandlungsfall maßgeblichen Faktoren unter Verwendung eines Groupers die entsprechende DRG ermittelt (sogenannte Gruppierung), anhand derer die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird (ausführlich dazu BSG, Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) –, Rn. 17 ff., juris).

Ä

Zwischen den Beteiligten besteht kein Streit darüber, dass die Krankenhausvergütung für die Behandlung der Versicherten ausweislich der durch den MD in seiner im Klageverfahren ergangenen gutachtlichen Stellungnahme vom 16.08.2021 unter Berücksichtigung des OPS 5-886.40L (*andere plastische Rekonstruktion der Mamma: Primäre Rekonstruktion mit Alloprothese, subpektoral: Ohne gewebeverstärkendes Material*), OPS 5-872.1L (*modifizierte radikale Mastektomie: Mit Resektion der M. pectoralis-Faszie*), OPS 5-401.11L (*Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Mit Radionuklidmarkierung [Sentinel-Lymphonodektomie]*) sowie des OPS 5-401.10L (*Exzision einzelner Lymphknoten und Lymphgefäße: Axillär: Ohne Markierung*) richtigerweise nach der DRG J06Z zu bemessen wäre. Dies würde wiederum anstelle der in der ursprünglichen Rechnung geforderten 5.207,15 € zu einem Vergütungsanspruch i.H.v. 7.133,08 € führen, was den aus dem unstreitigen Behandlungsfall geltend gemachten (Differenz-)Betrag i.H.v. 2.488,22 € umfasst. Entsprechender medizinischer Ermittlungen seitens des Senats bedarf es daher nicht (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 37/20 R](#) –, Rn. 12, juris m.w.N.).

Ä

Einer hierzu notwendigen Korrektur der ursprünglichen Abrechnung durch entsprechende Um- bzw. Nachkodierung seitens der Klägerin steht jedoch § 7 Abs. 5 PrÄfV 2016 entgegen. Zwar ist eine Verwertung des für die o.a. Kodierung maßgeblichen Operationsberichts sowie ggf. des Tumorkonferenzbogens nicht nach § 7 Abs. 2 Satz 2 bis 6 PrÄfV 2016 ausgeschlossen. Jedoch ist eine mit der Um- bzw. Nachkodierung einhergehende Korrektur bzw. Ergänzung der Datensätze nach § 301 SGB V von der Präklusionsregelung des § 7 Abs. 5 PrÄfV 2016 erfasst mit der Folge, dass eine Änderung des Datensatzes nach Ablauf der einschlägigen Änderungsfristen unzulässig ist. Eine teleologische Reduktion der Regelung scheidet in der hier zugrundeliegenden Fallkonstellation aus.

Ä

Die zum 01.01.2017 in Kraft getretene PrÄfV 2016 (§ 13 Abs. 1) ist auf die vom 12.09.2017 bis 21.09.2017 durchgeführte Krankenbehandlung sowohl zeitlich als auch sachlich (§ 2 Abs. 1) anwendbar, da sie (seit der Fassung des [§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V](#) a.F. ab 01.01.2016) sowohl die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung als auch der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der

Abrechnung erfasst (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 10.11.2021 [B 1 KR 36/20 R](#) [âĀĀ](#), Rn. 14 ff., juris; BSG, Urteil vom 10.11.2021 [B 1 KR 16/21 R](#) [âĀĀ](#), Rn. 31, juris). Damit steht der von der Beklagten nach Maßgabe des [ÂĀ 10 Satz 2 PrÃ¼fvV 2016](#) erklärten Aufrechnung auch das landesvertragliche Aufrechnungsverbot des [ÂĀ 15 Abs. 4 Satz 2](#) des Vertrages NRW nach [ÂĀ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) nicht entgegen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 30.07.2019 [B 1 KR 31/18 R](#) [âĀĀ](#), Rn. 26, juris).

Â

Die Verwertung des Operationsberichts sowie Tumorkonferenzbogens scheidet nicht an [ÂĀ 7 Abs. 2 Satz 2 bis 6 PrÃ¼fvV 2016](#). Diese Regelung gilt nach dem eindeutigen Wortlaut nur für das schriftliche Verfahren, während sich die Prüfung vor Ort gemäß [ÂĀ 7 Abs. 2 Satz 1 PrÃ¼fvV 2016](#) nach den Vorgaben des [ÂĀ 276 Abs. 4 SGB V](#) (a.F.) richtet (s. BSG, Urteil vom 18.05.2021 [B 1 KR 24/20 R](#) [âĀĀ](#), Rn. 16, juris). Nach [ÂĀ 276 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) (hier in der für den Behandlungsfall maßgeblichen, vom 11.04.2017 bis 10.05.2019 gültigen Fassung vom 04.04.2017) sind die Ärzte des medizinischen Dienstes, wenn es im Einzelfall zu einer gutachtlichen Stellungnahme über die Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung des Versicherten erforderlich ist, befugt, zwischen 8:00 und 18:00 Uhr die Räume der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen zu betreten, um dort die Krankenunterlagen einzusehen und, soweit erforderlich, den Versicherten untersuchen zu können. Eine Fristenregelung für die Berücksichtigung von Unterlagen für die Prüfung vor Ort sieht [ÂĀ 276 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) a.F. hingegen nicht vor. Dafür, dass dies die Vertragsparteien der PrÃ¼fvV irrtümlich so geregelt hätten, obwohl ihnen der Unterschied zwischen einer Prüfung im schriftlichen Verfahren und einer solchen vor Ort bekannt ist, fehlt jeder Anhaltspunkt. Von einer planwidrigen Regelungslücke kann demnach nicht gesprochen werden.

Â

Der für die als Folge der Verwertung des Operationsberichts notwendigen Korrektur bzw. Ergänzung des Datensatzes nach [ÂĀ 301 SGB V](#) steht jedoch [ÂĀ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV 2016](#) entgegen. Die Klägerin kann ihre Vergütungsforderung aus dem Behandlungsfall der Versicherten nicht mehr auf der Grundlage neuer, aus dem Gutachten des MD vom 16.08.2021 gewonnener Daten durchsetzen. Da die Daten aus der ursprünglichen Rechnung vom 10.10.2017 unrichtig gewesen sind, erfolgte die Leistung der Beklagten insoweit rechtsgrundlos.

Â

Nach [ÂĀ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV 2016](#) sind Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen nur einmalig möglich (Satz 1). Diese hat der MDK nur dann in seine Prüfung einzubeziehen, wenn sie innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-PrÃ¼fverfahrens nach [ÂĀ 6 Abs. 2](#) an die Krankenkasse erfolgen (Satz 2). Sollte eine Begutachtung durch den MDK vor Ablauf der Frist des Satzes 2 beendet sein, ist eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen nur bis zum Ende der

Begutachtung durch den MDK möglich (Satz 3). In den Fällen der Prüfung vor Ort wie hier finden die Sätze 2 und 3 mit der Maßgabe Anwendung, dass eine Korrektur oder Ergänzung nur bis zum Abschluss der Prüfung vor Ort möglich ist (Satz 4).

Ä

Nach der Rechtsprechung des BSG, welcher der erkennende Senat folgt, ist § 7 Abs. 5 PrÄV 2016 eine materielle Präklusionsregelung mit der Rechtsfolge, dass Änderungen zugunsten des vom Krankenhaus zu Abrechnungszwecken an die Krankenkasse übermittelten Datensatzes nach Ablauf der in der PrÄV 2016 geregelten Änderungsfristen unzulässig sind, soweit der Datensatz Gegenstand des Prüfverfahrens geworden ist (vgl. BSG, Urteil vom 18.05.2021 [B 1 KR 37/20 R](#), Rn. 16, juris). Änderungen des MDK-geprüften Teils des Datensatzes nach [§ 301 SGB V](#) außerhalb der in § 7 Abs. 5 PrÄV 2016 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 Ermittlung unzulässig ist. Das Krankenhaus verliert das Recht, den Datensatz nach [§ 301 SGB V](#) zu ändern, soweit er Prüfgegenstand der von der Krankenkasse veranlassten MDK-Prüfung geworden ist; dies auch mit Wirkung für das Gerichtsverfahren. Die Rechtsfolge des § 7 Abs. 5 PrÄV 2016 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 (BSG, Urteil vom 18.05.2021 [B 1 KR 37/20 R](#), Rn. 18, juris).

Ä

Im vorliegenden Fall hätte eine Nachkodierung der OPS 5-886.40L (anstelle des zunächst kodierten OPS 5-886.41L), OPS 5-872.1L, OPS 5-401.11L sowie des OPS 5-401.10L bei Streichung des OPS 5-883.21R eine Korrektur der Datensätze nach [§ 301 SGB V](#) bewirkt, die über den Prüfgegenstand der Korrektheit der Prozeduren bereits Gegenstand der von der Beklagten im Oktober 2017 veranlassten MDK-Prüfung gewesen sind. Diese Änderung des Datensatzes, die die Klägerin im übrigen bis auf den heutigen Tag nicht vorgenommen hat, weil es sich bei der Rechnung vom 29.11.2021 ausdrücklich nur um eine Beispielrechnung gehandelt hat, ist damit vom Wortlaut des § 7 Abs. 5 PrÄV 2016 erfasst.

Ä

Anders als das SG meint, ist hier keine teleologische Reduktion des § 7 Abs. 5 PrÄV 2016 in Anlehnung an die Rechtsprechung des BSG vorzunehmen. Danach

greift die materielle Präklusion nicht, wenn der MDK im Prüfergebnis eine Änderung des überprüften Datensatzes für geboten hält und das Krankenhaus dem MDK folgend seinen Datensatz in vollem Umfang ändert. Die fortbestehende Möglichkeit der Korrektur oder Ergänzung des Datensatzes ergibt sich in diesen Fällen unmittelbar aus dem Regelungszweck. Denn durch eine solche Änderung wird weder das bereits abgeschlossene Prüfverfahren verzögert, noch ein neues Prüfverfahren im Hinblick auf den Prüfgegenstand ausgelöst. Vielmehr unterwirft sich das Krankenhaus gerade im Hinblick auf den Prüfgegenstand dem durch den MDK festgestellten Prüfergebnis. Dem steht auch nicht die fehlende Bindungswirkung der Einschätzung des MDK entgegen. Zwar kann es zu einem Gerichtsverfahren zwischen Krankenhaus und Krankenkasse kommen, wenn MDK und Krankenkasse unterschiedlicher Meinung sind und das Krankenhaus dem MDK folgt. Einem Prüfverfahren durch eine selbstständige und fachlich unabhängige Instanz ist aber immanent, dass es zu einer unterschiedlichen Bewertung zwischen Prüfinstanz und Betroffenen kommen kann. Das Prüfverfahren selbst wird dadurch aber nicht wiedereröffnet. Insoweit gebietet der Regelungszweck des § 7 Abs. 5 PrfV 2016 eine teleologische Reduktion des zu weit gefassten Wortlautes. Anderenfalls würde die Regelung Sachverhalte erfassen, die die Umsetzung des MDK-Prüfergebnisses erfassen, die sie nach ihrem objektiven, erkennbaren Regelungszweck nicht erfassen soll. Die durch den Regelungszweck des § 7 Abs. 5 PrfV 2016 nicht getragene Unzulässigkeit der Datenänderung, die zu erheblichen negativen finanziellen Konsequenzen für betroffene Krankenhäuser führen kann, wäre reiner Selbstzweck. Insoweit ist die Regelung auf den ihr nach Sinn und Zweck zugeordneten Anwendungsbereich zurückzuführen (BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 37/20 R](#), Rn. 35 f., juris).

Ä

Das SG begründet die von ihm angenommene teleologische Reduktion des § 7 Abs. 5 PrfV 2016 für den vorliegenden Fall damit, dass der MD, hätte er den nachgereichten OP-Bericht im Zuge seiner Prüfung vor Ort und damit im ersten Gutachten vom 15.03.2018 noch berücksichtigt, zum gleichen Ergebnis gekommen wäre wie bei seiner zweiten gutachtlichen Stellungnahme im gerichtlichen Verfahren vom 16.08.2021. Da der MD nur wegen einer unzutreffenden rechtlichen Auffassung, nämlich der Geltung des § 7 Abs. 2 PrfV 2016 auch für die Prüfung vor Ort, zu einer unzutreffenden gutachtlichen Beurteilung der zu kodierenden Prozeduren gelangt sei, sei die Klägerin berechtigt, sich dem Ergebnis des zweiten Gutachtens des MD vom 16.08.2021 zu unterwerfen. Anderenfalls würde dies auf eine Präklusion der nachgereichten Unterlagen nach § 7 Abs. 2 PrfV 2016 hinauslaufen, obwohl die Norm auf eine Prüfung vor Ort nicht anwendbar sei.

Ä

Mit dieser Auffassung werden allerdings nach Ansicht des Senats in der hier vorliegenden Konstellation die Rechtsprechung des BSG einerseits überdehnt und § 7 Abs. 5 PrfV 2016 mit § 7 Abs. 2 PrfV 2016 andererseits unzulässig

vermengt. Bereits der Sachverhalt, über den das BSG in seinem Urteil vom 18.05.2021 zu befinden hatte, ist mit der hier zu Grunde liegenden Konstellation nicht vergleichbar. Im vom BSG entschiedenen Fall hatte das Krankenhaus im Rahmen seiner Abrechnung mit der Krankenkasse eine bestimmte Hauptdiagnose (T14.1) kodiert, die dann zusammen mit dem Überschreiten der oberen Grenzverweildauer Gegenstand des nachfolgenden Prüfungsverfahrens durch die Krankenkasse wurde. Der beauftragte MDK kam zu dem Ergebnis, dass als Hauptdiagnose nicht T14.1., sondern T79.3. zu kodieren sei. Dies führte zu einer anderen DRG (T01C statt X05B), wodurch ein Überschreiten der oberen Grenzverweildauer nicht mehr vorliege. Daraufhin änderte das Krankenhaus seine ursprüngliche Abrechnung in Umsetzung der MDK-Stellungnahme unter Berücksichtigung der Hauptdiagnose T79.3, berechnete einen hieraus resultierenden höheren Betrag bei Ansteuerung der DRG T01C und forderte von der Krankenkasse eine Nachzahlung. Diese verweigerte die Zahlung unter Berufung auf § 7 Abs. 5 PrüfV 2016. Von diesem Sachverhalt weicht die hier zugrundeliegende Konstellation in entscheidender Weise ab. Denn die Klägerin hat sich dem Ergebnis des im Prüfverfahren erstellten Gutachtens des MDK vom 15.03.2018 gerade nicht unterworfen, sondern ist nach erfolgter Aufrechnung durch die Beklagte hiergegen unter Hinweis auf die unmittelbar nach Vornahme der Prüfung vor Ort am 07.03.2018 nachgereichten Unterlagen (OP-Protokoll) im Wege der Klage vorgegangen. Eine vom SG angenommene Vergleichbarkeit dieses Sachverhalts mit dem Ergebnis einer Bejahung der teleologischen Reduktion des § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 kann auch nicht dadurch begründet werden, dass die Beurteilung des MDK im Gutachten vom 15.03.2018 aufgrund einer rechtlichen Fehleinschätzung bezogen auf eine Prækklusion von Unterlagen nach § 7 Abs. 2 PrüfV 2016 unzutreffend gewesen ist, der MD diese Unterlagen dann in seiner während des Klageverfahrens ergangenen gutachtlichen Stellungnahme vom 16.08.2021 berücksichtigt und die Klägerin sich dem hieraus resultierendem Ergebnis von der Erstbeurteilung in Grund und Höhe deutlich abweichendem Ergebnis unterworfen hat. Eine Nichtanwendung des § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 auch in dieser Konstellation ist sowohl mit dem Wortlaut, der Binnensystematik als auch dem Sinn und Zweck der Regelung, die als normvertragliche Bestimmung den allgemein für Gesetze geltenden Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft unterliegt (BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 37/20 R](#), Rn. 22, juris), unvereinbar. So hat das BSG selbst betont, dass die Änderung des Datensatzes nach [§ 301 SGB V](#) nach dem Wortlaut des § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 nur sehr eingeschränkt zulässig sei. Satz 1 besage ausdrücklich, dass Korrekturen oder Ergänzungen des Datensatzes nur einmal möglich seien. Darüber hinaus werde die Änderung des Datensatzes durch die in Satz 2 geregelte fünf-Monats-Frist die nach Maßgabe des Satzes 3 und 4 früher enden könne ausdrücklich zeitlich beschränkt (BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 37/20 R](#), Rn. 24, juris). Auch stellt das BSG deutlich die Verantwortung des Krankenhauses für die Wahrung der aus § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 erwachsenden Pflichten heraus, indem es die Brücke zu [§ 301 SGB V](#) schlägt. Die durch § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 geregelte Datenänderung betrifft danach 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 [Â§ 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 Präf Auftrag umfasst sind, durch das Krankenhaus nach Â§ 7 Abs. 5 Satz 1 bis 4 PräfV 2016 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 (so BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 37/20 R](#) –, Rn. 27, juris).

Â

Mit der vom BSG danach betonten engen Verknüpfung des Â§ 7 Abs. 5 PräfV 2016 mit den Übermittlungsobliegenheiten bzw. âpflichten des Krankenhauses nach [Â§ 301 SGB V](#) ist es unvereinbar, das âfalscheâ Gutachten des MDK vom 15.03.2018 wegen dessen auf Â§ 7 Abs. 2 PräfV 2016 basierender Fehleinschätzung de facto zu negieren und es der KIÄgerin dadurch unter Ausschaltung der Präklusionswirkung des Â§ 7 Abs. 5 PräfV 2016 zu ermöglichen, sich auf das im späteren Gerichtsverfahren erstellte MD-Gutachten vom 16.08.2021 anspruchserhaltend zu stützen. Denn es war die KIÄgerin, die es entgegen ihren gesetzlichen und normvertraglichen Pflichten versäumt hat, für den MDK sämtliche, den Präfgegenstand betreffende Unterlagen – hier die zutreffende Kodierung der Prozeduren maßgeblichen OP-Bericht sowie ggf. den Tumorkonferenzbogen als Teil der vom MDK in der Präfanzeige vom 16.10.2017 explizit für das Begehungsverfahren angeforderten Krankenakte – am Tag der Präfung vor Ort (07.03.2018) bereitzuhalten. Für die Vorbereitung der erforderlichen Unterlagen hatte die KIÄgerin nahezu fünf Monate Zeit. Gerade bei einer solchen Präfung ist das Fristenregime des Â§ 7 Abs. 5 PräfV 2016 besonders streng, weil nach Satz 4 der Regelung die Sätze 2 und 3 mit der Maßgabe Anwendung finden, dass eine Korrektur oder Ergänzung – nur bis zum Abschluss der Präfung vor Ort – möglich ist. Das Krankenhaus soll somit angehalten werden, dem MDK sämtliche präfungsrelevante Daten im Zeitpunkt der Vor-Ort-Präfung zur Verfügung zu stellen, so dass auch eine Nachreichung – wie hier – am gleichen Tag, aber nach Abschluss der Präfung, zur materiellen Präklusion der auf Grundlage dieser Unterlagen korrigierten Datensätze führt. Indem die KIÄgerin eine solch zeitige Vorlage am Tag der Vor-Ort-Präfung versäumt hat, hat sie letztlich die Ursache für das inhaltlich âfalscheâ Ergebnis des MDK-Gutachtens vom 15.03.2018 gesetzt. In einer solchen Konstellation ist eine teleologische Reduktion des Â§ 7 Abs. 5 PräfV 2016 zu Gunsten des klÄgerischen Krankenhauses mit Wortlaut und Telos der Regelung sowie im Zusammenhang mit den Pflichten bzw. Obliegenheiten des Krankenhauses bei der Datenübermittlung nach [Â§ 301 SGB V](#) nicht zu vereinbaren. Dass es dann nicht zum materiell ârichtigenâ Ergebnis gekommen ist, ist vor dem Hintergrund hinzunehmen, dass die Vertragsparteien dem

Beschleunigungsgebot aufgrund der strengen Fristen der PrÄ¼fvV Vorrang eingerÄ¼mt haben, was als Kehrseite die Gefahr in sich birgt, dass nicht immer das â¼richtigeâ¼ Ergebnis erzielt wird.

Ä

Hieran Ä¼ndert auch die Nichtanwendbarkeit von Ä¼ 7 Abs. 2 Satz 2 bis 6 PrÄ¼fvV 2016 bei der PrÄ¼fung vor Ort nichts. Der Beklagten ist zuzustimmen, dass die Verwertung von nachträ¼glich eingereichten Unterlagen durch den MDK allenfalls dazu fÄ¼hren kann, die ursprÄ¼ngliche Abrechnung der KIÄ¼gerin zu bestÄ¼tigen, nicht aber unter Umgehung von Ä¼ 7 Abs. 5 PrÄ¼fvV 2016 die Ä¼bermittlung eines vÄ¼llig anderen â¼ vergÄ¼tungserhaltenden â¼ Datensatzes zu ermÄ¼glichen. Die Vertragsparteien haben die Regelungen zu Anforderung und fristgerechtem Zugang von Unterlagen durch den MDK einerseits und zur Korrektur bzw. ErgÄ¼nzung von DatensÄ¼tzen andererseits bewusst eigenstÄ¼ndig ausgestaltet, so dass sie nicht miteinander vermengt werden dÄ¼rfen. Insbesondere muss eine fristgerechte Nachlieferung von Unterlagen durch das Krankenhaus nicht zwangslÄ¼ufig mit einer Ä¼nderung von DatensÄ¼tzen einhergehen und umgekehrt. Es ist daher auch nicht Ä¼berzeugend, eine teleologische Reduktion des Ä¼ 7 Abs. 5 PrÄ¼fvV 2016 mit der fehlenden PrÄ¼klusion nachgereichter Unterlagen begrÄ¼nden zu wollen. Eher ist die besonders strenge Frist fÄ¼r eine Korrektur oder ErgÄ¼nzung von DatensÄ¼tzen bei einer PrÄ¼fung vor Ort nach Ä¼ 7 Abs. 5 Satz 4 PrÄ¼fvV 2016 ein kompensatorisches Moment fÄ¼r die MÄ¼glichkeit des Krankenhauses, Unterlagen bei einer solchen PrÄ¼fung praktisch unlimitiert (ggf. nur begrenzt durch Treu und Glauben, [Ä¼ 69 Abs. 1 SGBÄ¼ V](#) i.V.m. [Ä¼ 242 BGB](#)) nachreichen zu kÄ¼nnen. Die Grenze ist dann dort erreicht, wo der prÄ¼fungsrelevante Teil der DatensÄ¼tze nach [Ä¼ 301 SGB V](#) betroffen ist, wenn sie vom Krankenhaus korrigiert oder ergÄ¼nzt werden.

Ä

Dieses Ergebnis steht auch nicht im Widerspruch zum Urteil des Senats vom 25.01.2024 â¼ [L 16 KR 304/22 KH](#). Dort hat der erkennende Senat eine teleologische Reduktion des Ä¼ 7 Abs. 5 PrÄ¼fvV 2016 bejaht, wenn nach Abschluss einer auf die Hauptdiagnose (nicht hingegen auf die Nebendiagnosen) gerichteten MDK-PrÄ¼fung vor Ort eine Ersetzung der zunÄ¼chst Ä¼bermittelten Hauptdiagnose durch die vom gerichtlichen SachverstÄ¼ndigen genannte, zunÄ¼chst im Ursprungsdatensatz als Nebendiagnose Ä¼bermittelte Diagnose erfolgt. Dies hat der Senat damit begrÄ¼ndet, dass im dortigen Fall anhand der nach [Ä¼ 301 SGB V](#) Ä¼bermittelten Daten alle der zwischenzeitlich als Hauptdiagnose im Raum stehenden Codes bekannt, wenn auch als Nebendiagnose benannt waren. Die dortigen Beteiligten stritten folglich nur Ä¼ber die Rangfolge von Anfang an bekannter Diagnosen. In dieser Konstellation IÄ¼uft nach Auffassung des Senats eine Ä¼nderung der Gewichtung der bekannten Diagnosen â¼ zudem lediglich die Haupt-, nicht auch die Nebendiagnosen PrÄ¼fgegenstand waren â¼ dem Regelungszweck der PrÄ¼fvV, der Beschleunigung und Konzentration, nicht zuwider. Auch wird die Krankenkasse hierdurch nicht Ä¼berrascht. Im vorliegenden Fall sind die bereits bekannten (unstreitigen) Diagnosen nicht bloÄ¼ unterschiedlich

gewichtet bzw. ausgetauscht worden, sondern es hätten verschiedene (neue) OPS-Ziffern nach dem Ergebnis der im gerichtlichen Verfahren eingeholten (nochmaligen) gutachtlichen Stellungnahme des MD nachkodiert werden müssen, die (anders als die dem o.a. Urteil des Senats zu Grunde liegenden Haupt- und Nebendiagnosen) in der ursprünglichen Abrechnung der Klägerin noch gar nicht enthalten waren. Auch war im vorliegenden Fall die Korrektheit der Prozeduren der Prüfung Gegenstand und damit Teil des hierauf entfallenden Datensatzes, während in dem anderen Fall die Nebendiagnosen gerade nicht zum Prüfungsgegenstand des MDK gehörten. Eine Übertragung der genannten Entscheidung des Senats auf den hiesigen Fall scheidet somit aus.

Ä

Schließlich ist die Beklagte auch nicht nach Treu und Glauben gehindert, sich auf den Eintritt der Prækklusion der korrigierten Datensätze zu berufen (zur Geltung der Grundsätze des [Â§ 242 BGB](#) zwischen Krankenhaus und Krankenkassen im Recht der Krankenhausvergütung s. BSG, Urteil vom 18.05.2021 [B 1 KR 37/20 R](#), Rn. 38, juris m.w.N.). Soweit das BSG im Urteil vom 10.11.2021 [B 1 KR 43/20 R](#), Rn. 33, juris zur Regelung des [Â§ 7 Abs. 2 PrüfvV 2014](#) im Zusammenhang mit der Frage, ob eine Versäumung der Frist zur Vorlage der vom MDK angeforderten Unterlagen auf Umständen beruht, die das Krankenhaus nicht zu vertreten hat, ausgeführt hat, dass der MDK vor dem Hintergrund der Pflicht zur vertrauensvollen Zusammenarbeit gehalten sein könnte, das Krankenhaus auf eine für ihn im Rahmen des üblichen Geschäftsgangs ohne Weiteres erkennbare Unvollständigkeit der übermittelten Unterlagen hinzuweisen, ist eine Anwendung dieser Erwägungen auf den hiesigen Fall ausgeschlossen. Abgesehen davon, dass bei einer Prüfung vor Ort [Â§ 7 Abs. 2 PrüfvV 2016](#) keine Anwendung findet (s.o.), scheidet eine Übertragung auf [Â§ 7 Abs. 5 PrüfvV](#) von vornherein aus. Denn die (strengen) Pflichten des Krankenhauses sind im Umgang mit den nach [Â§ 301 SGB V](#) relevanten Daten und über [Â§ 7 Abs. 5 Satz 4 PrüfvV 2016](#) besonders bei Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen bei einer Prüfung vor Ort anders gelagert als bei der Übermittlung von Unterlagen im schriftlichen Verfahren, bei denen es auch nicht zu einem unmittelbaren Kontakt zwischen den Gutachtern des MDK und Vertretern des Krankenhauses kommt. Deshalb liegt mit der Berufung der Beklagten auf die Prækklusion nach [Â§ 7 Abs. 5 PrüfvV 2016](#) kein treuwidriges Verhalten vor. Ebenso sind keine Umstände erkennbar, die eine Exkulpation der Klägerin von ihrer Pflicht zur Vorlage sämtlicher Daten bei der Prüfung vor Ort begründen könnten.

Ä

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Â§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Ä

Gründe für die Zulassung der Revision ([Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#)) bestehen nicht. Insbesondere vermag der Senat eine grundsätzliche Bedeutung

mit Blick auf die Anwendung von [Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fV 2016](#) nicht zu erkennen. Das BSG hat die maßgeblichen Grundsätze zur Auslegung und Anwendung dieser Regelung einschließlich der Voraussetzungen für eine teleologische Reduktion bereits entwickelt. Ob diese Voraussetzungen im konkreten Prüfungsfall gegeben sind, ist dagegen Tatfrage. Ebenso hat der erkennende Senat keine von der Rechtsprechung des BSG abweichenden Maßstäbe zum Vorliegen einer teleologischen Reduktion des [Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fV 2016](#) aufgestellt, sondern diese angewendet. Für eine Revisionszulassung besteht darüber hinaus angesichts der seit dem 01.01.2022 geltenden gesetzlichen Neukonzeption einer Korrektur der Abrechnung (statt der "Datensätze") durch [Â§ 17c Abs. 2a KHG](#) (und [Â§ 11 PrÃ¼fV 2021](#)) keine Notwendigkeit.

Â

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Â§ 63 Abs. 2](#), [Â§ 52 Abs. 1](#) und 3, [Â§ 47 Abs. 1 GKG](#).

Â

Â

Â

Erstellt am: 18.10.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024