S 15 KR 6006/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Baden-Württemberg

Sozialgericht Landessozialgericht Baden-Württemberg

Sachgebiet Krankenversicherung

Abteilung 5.

Kategorie Beschluss

Bemerkung Rechtskraft Deskriptoren Leitsätze Normenkette -

1. Instanz

Aktenzeichen S 15 KR 6006/19

Datum 10.02.2021

2. Instanz

Aktenzeichen L 5 KR 872/21 Datum 26.04.2023

3. Instanz

Datum -

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10.02.2021 wird zurļckgewiesen.

Die Beklagte trĤgt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird endg $\tilde{A}^{1}/4$ ltig auf 19.665,92 $\hat{a} \Box \neg$ festgesetzt.

GrÃ¹/₄nde

I.

Streitig ist die Vergütung von Krankenhausbehandlungsleistungen.

Die KlĤgerin ist TrĤgerin eines zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Krankenhauses. Die Beklagte ist eine gesetzliche Krankenversicherung

Der bei der Beklagten Versicherte H1 (geb. 1935; im Folgenden: Versicherter)

wurde im Krankenhaus der Klägerin vom 26.09.2018 bis 15.10.2018 vollstationär behandelt. Für die erbrachten Leistungen rechnete die Klägerin gegenüber der Beklagten einen Gesamtbetrag in Höhe von 24.051,30 â \Box ¬ ab (Rechnung vom 18.10.2018). Die Abrechnung erfolgte auf der Grundlage der DRG (Diagnosis Related Group) I09A (Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äuÃ \Box erst schweren CC).

Nachdem die Beklagte den Rechnungsbetrag zunĤchst vollstĤndig ausgeglichen hatte, beauftragte sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) mit der Ã∏berprüfung der in Rechnung gestellten Kosten für den stationären Krankenhausaufenthalt. Der MDK hat mit Schreiben vom 22.10.2018 seine Beauftragung der KlĤgerin angezeigt und als Frage der Beklagten und als Prüfgegenstand mitgeteilt: â∏Fragen der Krankenkasse: Ist die DRG korrekt? Ist/Sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt? Es ist nicht ersichtlich, ob der Ressourcenaufwand fýr die Nebendiagnose L89.15 erfolgt ist. Prüfgegenstand: Kodierprüfung. Zu prüfende Diagnosen: L 89.15, zu prüfende Prozeduren: -, zu prüfende Entgelte: -.â□□ Der MDK forderte folgende Unterlagen an: Ausführlicher Krankenhausentlassbericht; Tageskurve; Pflegedokumentation; Operationsbericht/Interventionsbericht; Laborbefund (kumulativ), Urinbefund, Antibiogramm, mikrobiologischer Befund; Anamnese und körperlicher Untersuchungsbefund bei Aufnahme; Ã∏berwachungsbogen, auch postoperativer Ã\berwachungsbogen; Ã\xrztliche Verlaufsdokumentation; AnÃxsthesieprotokoll mit PrÃxmedikationsbogen; Pathologischer (histologischer) Befundbericht; Nachweis zum OPS-/Komplexkode. Der MDK teilte ebenfalls mit, dass die Klägerin weitere Unterlagen ergägnzen känne, die aus ihrer Sicht zur Erledigung des Prüfauftrages erforderlich seien.

Die KlĤgerin übersandte dem MDK daraufhin die für die Prüfung der Nebendiagnose L89.15 (Dekubitus, Stadium 2 Sitzbein) erforderlichen Unterlagen (Krankenhausentlassbericht und Dokumentation Dekubitus).

Im Gutachten des MDK vom 31.07.2019 führte M1 aus, die angefragte Nebendiagnose L89.15 sei nicht zu beanstanden. Die Hauptdiagnose M40.16 sei nach dem Entlassungsbericht aber zu Unrecht kodiert worden. Der Operationsbericht und der Röntgenbefund lägen nicht vor. Richtigerweise sei deshalb die Hauptdiagnose M48.06 zu kodieren. Weiter seien die Nebendiagnosen D62, D 65.9 und D 69.61 nicht durch Unterlagen belegt. Ferner seien die OPS 5-83b.53, 5-032.12, 5-032.40, 5-034.1, 5-832.5, 5-835.9, 5-837.7 und 5-839.5 nicht durch Unterlagen belegt. Insgesamt ergebe sich dadurch die DRG I68C (nicht operative behandelte Erkrankung und Verletzung im Wirbelsäulenbereich). Im Begleitschreiben ist vermerkt, dass der Prüfanlass nicht erweitert worden sei.

Am 18.10.2019 nahm die Beklagte eine Verrechnung der streitigen Vergütung in Höhe von 19.665,92 â□¬ mit anderen unstreitigen Vergütungsansprüchen der Klägerin vor.

Am 18.12.2019 hat die Klägerin beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben und beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 19.665,92 â□¬ zzgl.

Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 17.10.2019 zu zahlen. Zur BegrÃ⅓ndung hat sie vorgetragen, der MDK habe offenbar selbstständig seinen PrÃ⅓fanlass erweitert, ohne die Klägerin Ã⅓ber die Erweiterung zu informieren. Dem Krankenhaus mÃ⅓sse nach § 6 Abs. 3 Satz 6 PrÃ⅓fvV eine Erweiterung des PrÃ⅓fgegenstandes angezeigt werden. Als PrÃ⅓fgegenstand sei ausdrÃ⅓cklich die Diagnose L89.15 aufgefÃ⅓hrt worden. Dementsprechend habe die Klägerin dem MDK die Unterlagen betreffend dieser Nebendiagnose zur VerfÃ⅓gung gestellt. Die beanstandete Hauptdiagnose und die beanstandeten OPS seien nicht Gegenstand des PrÃ⅓fauftrages gewesen. Das Krankenhaus mÃ⅓sse nur die angeforderten Unterlagen Ã⅓bersenden, die mit dem PrÃ⅓fauftrag korrespondierten. Sämtliche Nebendiagnosen und OPS, die der MDK beanstandet habe, lieÃ□en sich durch die Laborbefunde und OP-Berichte belegen.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Der Prüfauftrag des MDK habe die Frage nach der korrekten DRG sowie die Frage der Nebendiagnose L89.15 umfasst. Die Frage nach der korrekten DRG impliziere neben der in der Folge aufgeworfenen Frage der Kodierung auch die nach der Wirtschaftlichkeit und Verweildauer des stationären Aufenthaltes. Die Mitteilung, dass überprüft werde, ob die DRG korrekt sei, sei ausreichend. Eine Vollprüfung sei durch den MDK beauftragt und auch angezeigt worden. Es könne von der Beklagten nicht erwartet werden, den Prüfanlass in allen Einzelheiten zu benennen. Der MDK habe bei der Beklagten die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen angefordert. Tatsächlich habe die Klägerin dem MDK nur einen Entlassungsbericht sowie die Fotodokumentation des Dekubitus zur Verfügung gestellt, die den Dekubitus bestätigt habe. Das Krankenhaus sei nicht berechtigt, auf die Ã□bersendung explizit angeforderter Unterlagen zu verzichten. Die Klägerin sei mit der Vorlage nachgereichter Unterlagen ausgeschlossen.

Mit Urteil vom 10.02.2021 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die KlĤgerin 19.665,92 â∏¬ zzgl. Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 19.10.2019 zu zahlen, und im ̸brigen die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin habe für den Behandlungsfall des Versicherten einen noch unerfļllten Vergļtungsanspruch in Höhe von 19.665,92 â∏¬. Der Beklagten habe insoweit kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zugestanden, mit dem sie gegen weitere unstreitige Forderungen der Klägerin hägtte aufrechnen kä¶nnen. Die von der Beklagten vorgenommene Kürzung der Rechnung für den Behandlungsfall des Versicherten sei zu Unrecht erfolgt. Die beanstandete Nebendiagnose L89.15 sei anhand der vorgelegten Unterlagen vom MDK bestÄxtigt worden. Weitere Haupt-, Nebendiagnosen und OPS habe der MDK nicht prüfen dürfen. Zur Ã∏berzeugung des Gerichts stehe fest, dass der Prüfauftrag des MDK auf die Nebendiagnose L89.15 beschrĤnkt gewesen sei. Als Prüfgegenstand im Sinne von § 4 PrüfvV habe die Beklagte die Nebendiagnose L89.15 benannt. Die weiteren im MDK Gutachten vom 30.07.2018 beanstandeten Haupt-/ Nebendiagnosen und OPS seien nicht von diesem Prüfauftrag erfasst gewesen; insoweit liege eine unzulässige Prüferweiterung durch den MDK vor. Der ursprüngliche Prüfauftrag entfalte für eine Prüfungserweiterung zwar keine Sperrwirkung. Allerdings müsse eine Erweiterung des Prüfauftrages dem Krankenhaus gem. § 6 Abs. 3 Satz 6 PrüfvV

angezeigt werden. Allein durch die Fragestellung â∏∏Ist die DRG korrektâ∏∏ sei keine Vollprüfung angezeigt worden. Zwar deute die Fragestellung â∏Ist die DRG korrektâ∏∏ zunächst auf eine Vollprüfung hin, jedoch sei diese nachfolgend ausdrücklich konkretisiert worden. Sowohl bei der â∏∏Frage der Krankenkasseâ∏∏ als auch bei der Angabe des Prüfgegenstandes sei ausdrücklich die Nebendiagnose L89.15 genannt worden. Der MDK habe damit nur die Prüfung der Nebendiagnose L89.15 durchführen und klären sollen, ob ein Ressourcenaufwand diesbezüglich erfolgt sei. Nach dem maÃ∏geblichen EmpfĤngerhorizont des Krankenhauses, durfte die KlĤgerin den Prüfauftrag so verstehen. Wolle die Krankenkasse bzw. der MDK mehrere Haupt-/Nebendiagnosen bzw. OPS überprüfen, sei dies ausdrücklich in der Prüfanzeige unter konkreter Benennung anzuzeigen. Dies verlange § 4 PrýfvV. Insofern könne es offen bleiben, ob die KlĤgerin berechtigt gewesen sei, nicht alle angeforderten Unterlagen vorzulegen, da offensichtlich anhand der vorgelegten Unterlagen die Nebendiagnose L89.15 habe bestÃxtigt werden können. Da der Prüfauftrag damit unzulÄxssig erweitert worden sei, sei die Verrechnung zu Unrecht erfolgt, weshalb der Klägerin der geltend gemachte Anspruch in Höhe von 19.665,92 â∏ zustehe. Allerdings kA¶nne sie erst ab dem 19.10.2019 Verzinsung verlangen, weil die Verrechnung erst am 18.10.2019 erfolgt sei. Insoweit habe die Klage abgewiesen werden mýssen.

Gegen das ihr am 16.02.2021 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 08.03.2021 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-WÃ1/4rttemberg eingelegt. Sie macht geltend, noch vor Inkrafttreten der PrüfvV habe das Bundessozialgericht (BSG) entschieden (unter Verweis auf Urteil vom 17.12.2013, B 1 KR 14/13 R), dass § 275 Abs. 1c Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) wegen des Wirtschaftlichkeitsgebots eng auszulegen sei. Es sei deshalb grundsÄxtzlich von einem weiten Prüfauftrag auszugehen, soweit die Krankenkasse nicht ausdrýcklich Einschränkungen vorgegeben habe, um dem Wirtschaftlichkeitsgebot bestmĶglich gerecht zu werden. Soweit weitere AuffĤlligkeiten festgestellt würden, entfalte der Prüfauftrag zudem keine Sperrwirkung. Der MDK mýsse weitere Prüfungen anstellen und die Krankenkassen seien befugt, erneut Informationen von den KrankenhĤusern anzufordern. Hieran habe sich mit dem In-Kraft-Treten der PrüfvV nichts Grundlegendes geĤndert. Bei dem Zusatz im Prüfauftrag der Beklagten in Bezug auf die Nebendiagnose L89.15 handele es sich lediglich um eine häufig beanstandete Kodierung, die zu einer hohen Kostensteigerung im Einzelfall fA¼hre und daher häufig überprüft werde. Es gehe aus dem Prüfauftrag aber gerade nicht hervor, dass die Beklagte den Prüfauftrag auf diese Prüfung habe beschrÄxnken wollen. Aber selbst wenn dies der Fall sein sollte, wļrde dies nicht zu einer Ausschlusswirkung in dem Sinne fA¼hren, wie das SG dies angenommen habe. § 6 Abs.3 Satz 6 PrüfvV beziehe sich auf das Verhältnis des MDK zur Krankenkasse. Die Norm stelle keine Schutznorm zu Gunsten des Krankenhauses dar. Die Nichtmitteilung einer Prüferweiterung über den MDK könne keine Ausschlusswirkung im Sinne des Ausschlusses eines daraus folgenden Erstattungsanspruches der Krankenkassen entfalten. § 6 Abs.3 Satz 6 PrüfvV könne nicht als Ausschlussfrist gewertet werden. Zudem sei die Regelung an keinerlei Frist gebunden. Sofern weder die urspr\tilda{1}\dag4ngliche Pr\tilda{1}\dag4fanzeige

ausreichend gewesen sein sollte noch in der Mittelung der Krankenkasse über das Ergebnis der Prüfung eine konkludente Mitteilung über die Erweiterung des Prüfanlasses zu sehen sei, werde die Erweiterung des Prüfanlasses auf eine umfassende Kodierprüfung hiermit ausdrücklich nachgeholt. Sämtliche vom MDK beanstandeten OPS und Nebendiagnosen seien zudem zu Recht beanstandet. Zum Beweis sei ein Sachverständigengutachten einzuholen.

Am 29.04.2022 hat die Berichterstatterin die Rechts- und Sachlage mit den Beteiligten erĶrtert. Die Beklagte erklĤrte sich dabei bereit, die streitigen OPS und Diagnosen anhand der Patientenakten vom Medizinischen Dienst (MD) prüfen zu lassen.

Im Gutachten vom 25.01.2023 hat K1 vom MD die Kodierung der Klägerin im vollen Umfang bestätigt.

Die Beklagte hat daraufhin ausgeführt, auf das Ergebnis der erneuten Begutachtung durch den MD komme es nicht an. Sie bleibe bei ihrem bisherigen Vortrag. Auch der MD bestätige, dass eine Erweiterung des Prüfauftrags nicht vorliege. Nach dem maÃ□geblichen Empfängerhorizont könne der Prüfauftrag nicht anders verstanden werden, als dass eine Vollprüfung beauftragt gewesen sei. Die Klägerin sei mit den vom MDK in der ursprünglichen Prüfanzeige angeforderten, aber nicht von der Klägerin übermittelten Unterlagen präkludiert. Die präkludierten Unterlagen seien nach der Rechtsprechung des BSG als Beweismittel endgültig ausgeschlossen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10.02.2021 aufzuheben und die Klage abzuweisen,

hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die KlAzgerin beantragt,

Â . die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil des SG für zutreffend. Das SG führe zutreffend aus, dass der Prüfauftrag der Beklagten auf die Nebendiagnose L89.15 beschränkt gewesen sei. Für die Behauptung der Beklagten, sie habe beim MDK eine Vollprüfung in Auftrag gegeben, finde sich im Prüfauftrag kein Hinweis. Wenn dem MDK bei Sichtung der Unterlagen auffalle, dass er weitere Diagnosen/OPS als prüfwürdig erachte, so sei er verpflichtet gem. § 6 Abs. 3 Satz 6 PrüfvV dies dem Krankenhaus mitzuteilen; hierbei handele es sich nicht lediglich um eine reine Ordnungsvorschrift. Der Sinn und Zweck der Regelung bestehe darin, dem Krankenhaus nach Mitteilung des erweiterten Prüfgegenstandes die Möglichkeit zu eröffnen, weitere Unterlagen die mit dem erweiterten Prüfgegenstand korrespondieren vorzulegen. Denn prüfe der MDK ohne zuvor das Krankenhaus über den erweiterten Prüfgegenstand zu

unterrichten, prüfe er zwangsläufig auf Basis eines unvollständigen Sachverhalts und ohne die rechtsstaatlich gebotene MA¶glichkeit fA¼r das Krankenhaus, sich zum erweiterten Prüfgegenstand zu äuÃ∏ern bzw. die damit korrespondierenden Unterlagen vorzulegen. Die von der Beklagten zitierte Ĥltere Rechtsprechung des BSG kA¶nne unter Geltung der PrA¼fvV keine Anwendung mehr finden. Soweit die Beklagte die Auffassung vertrete, die Anzeige der Prüfungserweiterung unterliege keiner Frist, übersehe sie auÃ∏erdem §Â 4 Satz 1 PrüfvV, wonach der konkrete Prüfgegenstand innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Daten mitzuteilen sei. Soweit der MD in seiner Stellungnahme vom 25.01.2023 behaupte aufgrund der â∏neu vorgelegten kompletten Patientenunterlagenâ∏ seien die relevanten OPS und Nebendiagnosen zu bestÄxtigen, werde darauf hingewiesen, dass die gesamte Patientenakte vom MD vorgerichtlich nicht angefordert worden sei, so dass schon daher keine Präklusion bezüglich der gesamten Akte eingetreten sein könne. Im Ã∏brigen habe es für die Klägerin keinen Anlass gegeben, bei einem Prüfauftrag beschrÄxnkt auf die Nebendiagnose L89.15 davon auszugehen, der MDK benĶtige die vollstĤndige Akte.

Mit Schreiben vom 15.03.2023 sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass der Senat beabsichtige, nach <u>§ 153 Abs. 4</u> Sozialgerichtsgesetz (SGG) durch Beschluss zu entscheiden. Die Beklagte hat sich mit der Verfahrensweise einverstanden erklĤrt. Die KlĤgerin hat sich nicht geĤuÄ□ert.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz, die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die beigezogene Patientenakte verwiesen.

II.

Der Senat konnte die Berufung der Beklagten nach Anhörung der Beteiligten gemäÃ∏ § 153 Abs. 4 SGG durch Beschluss zurückweisen, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Grþnde für die Durchführung einer mündlichen Verhandlung sind dem Senat nicht ersichtlich und wurden auch von den Beteiligten nicht vorgebracht.

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung (vgl. $\frac{\hat{A}\S 151 \text{ SGG}}{151 \text{ SGG}}$) der Beklagten ist zul \tilde{A} xssig. Sie ist insbesondere nach $\frac{\hat{A}\S 143 \text{ SGG}}{151 \text{ SGG}}$ statthaft, da der Wert des Beschwerdegegenstandes den nach $\frac{\hat{A}\S 144 \text{ Abs.}}{151 \text{ SGG}}$ erforderlichen Betrag von 750,00 $\hat{a} \cap \tilde{A}^{1/4}$ bersteigt.

Die Berufung ist aber nicht begründet. Das SG hat die Beklagte zu Recht verurteilt, an die Klägerin 19.665,92 â \Box ¬ zzgl. Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 19.10.2019 zu zahlen. Die Klägerin hat insoweit einen Vergütungsanspruch gegen die Beklagte. Dieser steht kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu, mit dem sie hätte verrechnen können, weil sie die Vergütung für die Behandlung des Versicherten in voller Höhe nicht ohne Rechtsgrund an die Klägerin gezahlt hat.

Der Senat sieht von einer weiteren eingehenden Darstellung der Entscheidungsgründe ab, weil er die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückweist (§ 153 Abs. 2 SGG).

Ergänzend ist festzustellen, dass der Senat \hat{a}_{0} ebenfalls wie das SG \hat{a}_{0} die Prýfanzeige vom 22.10.2018 nach den Grundsätzen ýber die Auslegung von Willenserklärungen dahingehend auslegt, dass keine \hat{a}_{0} Vollprüfung \hat{a}_{0} erfolgen sollte, sondern eine auf die Nebendiagnose L89.15 beschränkte KodierprÃ⅓fung. HierfÃ⅓r spricht der eindeutige Wortlaut, wonach unter \hat{a}_{0} uprÃ⅓fende Diagnosen \hat{a}_{0} nur die L89.15 aufgefÃ⅓hrt wird. Die Rubrik \hat{a}_{0} uprÃ⅓fende Prozeduren \hat{a}_{0} ist mit einem Minuszeichen versehen. Allein die Frage \hat{a}_{0} ist die DRG korrekt \hat{a}_{0} eröffnet aus Sicht des objektiven Empfängerhorizontes keine umfassende PrÃ⅓fung, da auch nur einzelne Diagnosen und Prozeduren Auswirkungen auf die DRG haben (können). Dies gilt jedenfalls dann, wenn \hat{a}_{0} wie hier \hat{a}_{0} eine konkrete Diagnose (oder Prozedur) nicht nur beispielhaft (z.B. mit dem Zusatz \hat{a}_{0} insbesondere \hat{a}_{0}), sondern mit einer konkreten PrÃ⅓ffrage benannt wird.

Vor dem Hintergrund des so zu verstehenden Prüfauftrags durfte die Klägerin die ̸bermittlung der angeforderten Unterlagen auf die zur Prüfung der Nebendiagnose L89.15 erforderlichen Unterlagen beschrĤnken. Zwar fļhrt nach dem Regelungssystem der §Â§ 6 und 7 PrüfvV (hier in der Fassung vom 03.02.2016) der MDK die Prüfung einschlieÃ∏lich der Beschaffung der Prýfunterlagen eigenverantwortlich durch; er entscheidet selbst, welche konkreten Unterlagen er anfordert. Dies gilt aber nicht, wenn er sich mit der bewegt (BSG, Urteil 10.11.2021 â∏∏ <u>B 1 KR 22/21 R</u> -, in juris, zu §Â§ 6 und 7 PrüfvV 2014). So verhält es sich hier. Die Anforderung von â∏Nachweisen zum OPS-/Komplexcodesâ∏, Operationsberichten, Laborbefunden, pathologischen Befunden, AnÃxsthesieprotokoll, Ã∏berwachungsbogen etc. konnte für die Frage, ob fýr den kodierten Dekubitus ein Ressourcenaufwand erfolgt war, offensichtlich keine Rolle spielen. Der Aufforderung Unterlagen vorzulegen, die sich aber augenscheinlich auA
∏erhalb des PrA
¼fauftrags bewegen, muss ein Krankenhaus nicht nachkommen. Der MDK ist schon von Gesetzes wegen nur berechtigt Sozialdaten zu erheben, â∏soweitâ∏ dies für die Prüfungen nach <u>§ 275 SGB</u> V erforderlich ist (§ 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V in der Fassung vom 04.04.2017, BGBI. 778). Auch § 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfvV beschränkt die Verpflichtung zur ̸bersendung auf die â∏erforderlichenâ∏∏ Unterlagen.

Möchte die Beklagte bzw. der MDK die Prüfung erweitern, muss sie das dem Krankenhaus anzeigen (vgl. § 6 Abs. 3 Satz 5 und 6 PrüfvV). Unterbleibt eine Erweiterungsanzeige, ist das Krankenhaus mit Unterlagen, welche die erweiterte Prüfung betreffen, nicht ausgeschlossen. Denn die Präklusionswirkung des § 7 Abs. 2 Sätze 4 bis 6 PrüfvV infolge verspäteter Unterlagenübersendung tritt nicht ein, wenn die Verspätung auf Umständen beruht, die das Krankenhaus nicht zu vertreten hat; dies folgt aus der wegen Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz (GG) gebotenen verfassungskonformen Auslegung der Norm (BSG, Urteil vom 10.11.2021 â \square B 1 KR 43/20 R -, in juris, zu § 7 Abs. 2 S. 4 PrüfvV 2014). Ein Verschulden ist

der Klå¤gerin vorliegend nicht vorzuwerfen. Die Verspå¤tung beruhte vielmehr darauf, dass aus der Prå¼fanzeige nur die Prå¼fung der Diagnose L89.15 hervorging und eine Erweiterung der Prå¼fung bis zum Abschluss des Prå¼fverfahrens der Klå¤gerin nicht angezeigt wurde. Darå¼ber hinaus war es få¼r den MDK offensichtlich, dass die Klå¤gerin von einer eingeschrå¤nkten Prå¼fung ausging, nachdem sie nur Unterlagen zum Dekubitus vorgelegt hatte. In einem solchen Fall eine Erweiterungsanzeige zu unterlassen und sich nachtrå¤glich auf die verspå¤tete Vorlage der Unterlagen zu berufen, entspricht keiner gegenseitigen Rå¼cksichtnahme, wie sie im Rahmen einer auf Grundlage eines dauerhaften Vertragsrahmens erfolgenden Zusammenarbeit zu erwarten wå¤re.

Mangels Präklusion sind somit vorliegend sämtliche Unterlagen aus der Patientenakte verwertbar. Nach medizinscher Auswertung durch den MD, die auch die Beklagte nicht in Frage stellt, steht fest, dass die Kodierung der Klägerin insgesamt nicht zu bestanden ist und sämtliche Diagnosen und OPS zu Recht angesetzt wurden. Da auch die übrigen Voraussetzungen für den Vergütungsanspruch der Klägerin für die vollstationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten â□□ unstreitig â□□ vorliegen, ist die Verrechnung zu Unrecht erfolgt.Â

Die Kostenentscheidung beruht auf $\frac{\hat{A}\S 197a \ Abs.}{1 \ SGG}$ i.V.m $\frac{\hat{A}\S 154 \ Abs.}{1}$ und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder die Kl \tilde{A} ¤gerin noch die Beklagte zu den in $\frac{\hat{A}\S 183 \ SGG}{1}$ genannten Personen geh \tilde{A} ¶ren.

 $Gr\tilde{A}\frac{1}{4}$ nde $f\tilde{A}\frac{1}{4}$ r die Zulassung der Revision liegen nicht vor ($\frac{\hat{A}\S 160 \text{ Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG}}{1}$).

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf <u>§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG</u> i.V.m <u>§ 1 Abs. 2 Nr. 3</u>, <u>§Â 63</u>, <u>§ 52 Abs. 1</u>, 3, <u>§ 47</u> Gerichtskostengesetz.

Â

Erstellt am: 26.06.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024