
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 zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird endgültig auf 19.665,92    festgesetzt.

Gründe

I.

Streitig ist die Verg  tung von Krankenhausbehandlungsleistungen.

Die Klägerin ist Trägerin 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. FÄr die erbrachten Leistungen rechnete die KlÄgerin gegenÄber der Beklagten einen Gesamtbetrag in HÄhe von 24.051,30 â€ 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 ÄuÄerst schweren CC).

Nachdem die Beklagte den Rechnungsbetrag zunÄchst vollstÄndig ausgeglichen hatte, beauftragte sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-WÄrttemberg (MDK) mit der ÄberprÄfung der in Rechnung gestellten Kosten fÄr den stationÄren Krankenhausaufenthalt. Der MDK hat mit Schreiben vom 22.10.2018 seine Beauftragung der KlÄgerin angezeigt und als Frage der Beklagten und als PrÄfgegenstand mitgeteilt: â€Fragen der Krankenkasse: Ist die DRG korrekt? Ist/Sind die Nebendiagnose(n) (ND) korrekt? Es ist nicht ersichtlich, ob der Ressourcenaufwand fÄr die Nebendiagnose L89.15 erfolgt ist. PrÄfgegenstand: KodierprÄfung. Zu prÄfende Diagnosen: L 89.15, zu prÄfende Prozeduren: -, zu prÄfende Entgelte: -.â€ Der MDK forderte folgende Unterlagen an: AusfÄhrlicher Krankenhausentlassbericht; Tageskurve; Pflegedokumentation; Operationsbericht/Interventionsbericht; Laborbefund (kumulativ), Urinbefund, Antibiotogramm, mikrobiologischer Befund; Anamnese und kÄrperlicher Untersuchungsbefund bei Aufnahme; Äberwachungsbogen, auch postoperativer Äberwachungsbogen; Ärztliche Verlaufsdokumentation; AnÄsthesieprotokoll mit PrÄmedikationsbogen; Pathologischer (histologischer) Befundbericht; Nachweis zum OPS-/Komplexbcode. Der MDK teilte ebenfalls mit, dass die KlÄgerin weitere Unterlagen ergÄnzen kÄnne, die aus ihrer Sicht zur Erledigung des PrÄauftrages erforderlich seien.

Die KlÄgerin Äbersandte dem MDK daraufhin die fÄr die PrÄfung der Nebendiagnose L89.15 (Dekubitus, Stadium 2 Sitzbein) erforderlichen Unterlagen (Krankenhausentlassbericht und Dokumentation Dekubitus).

Im Gutachten des MDK vom 31.07.2019 fÄhrte 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 RÄntgenbefund 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 PrÄanlass nicht erweitert worden sei.

Am 18.10.2019 nahm die Beklagte eine Verrechnung der streitigen VergÄtung in HÄhe von 19.665,92 â€ mit anderen unstreitigen VergÄtungsansprÄchen 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 Begründung hat sie vorgetragen, der MDK habe offenbar selbstständig seinen Prüfanlass erweitert, ohne die Klägerin über die Erweiterung zu informieren. Dem Krankenhaus müsse nach § 6 Abs. 3 Satz 6 PrÄfV eine Erweiterung des Prüfgegenstandes angezeigt werden. Als Prüfgegenstand sei ausdrücklich die Diagnose L89.15 aufgeführt worden. Dementsprechend habe die Klägerin dem MDK die Unterlagen betreffend dieser Nebendiagnose zur Verfügung gestellt. Die beanstandete Hauptdiagnose und die beanstandeten OPS seien nicht Gegenstand des Prüfungsauftrages gewesen. Das Krankenhaus müsse nur die angeforderten Unterlagen übersenden, die mit dem Prüfungsauftrag korrespondierten. Sämtliche Nebendiagnosen und OPS, die der MDK beanstandet habe, ließen sich durch die Laborbefunde und OP-Berichte belegen.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Der Prüfungsauftrag 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 Übersendung 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 Klägerin 19.665,92 € zzgl. Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 19.10.2019 zu zahlen, und im übrigen die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin habe für den Behandlungsfall des Versicherten einen noch unerfüllten Vergütungsanspruch in Höhe von 19.665,92 €. Der Beklagten habe insoweit kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zugestanden, mit dem sie gegen weitere unstreitige Forderungen der Klägerin hätte aufrechnen können. 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 bestätigt worden. Weitere Haupt-, Nebendiagnosen und OPS habe der MDK nicht prüfen dürfen. Zur Überzeugung des Gerichts stehe fest, dass der Prüfungsauftrag des MDK auf die Nebendiagnose L89.15 beschränkt gewesen sei. Als Prüfgegenstand im Sinne von § 4 PrÄfV 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 Prüfungsauftrag erfasst gewesen; insoweit liege eine unzulässige Prüferweiterung durch den MDK vor. Der ursprüngliche Prüfungsauftrag entfalte für eine Prüfungserweiterung zwar keine Sperrwirkung. Allerdings müsse eine Erweiterung des Prüfungsauftrages dem Krankenhaus gem. § 6 Abs. 3 Satz 6 PrÄfV

angezeigt werden. Allein durch die Fragestellung „Ist die DRG korrekt“ sei keine Vollprüfung angezeigt worden. Zwar deute die Fragestellung „Ist die DRG korrekt“ zunächst auf eine Vollprüfung hin, jedoch sei diese nachfolgend ausdrücklich konkretisiert worden. Sowohl bei der „Frage der Krankenkasse“ 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 maßgeblichen Empfängerhorizont des Krankenhauses, durfte die Klägerin den Prüfungsauftrag so verstehen. Wolle die Krankenkasse bzw. der MDK mehrere Haupt-/Nebendiagnosen bzw. OPS überprüfen, sei dies ausdrücklich in der Prüfungsanzeige unter konkreter Benennung anzuzeigen. Dies verlange § 4 PrfV. Insofern könne es offen bleiben, ob die Klägerin berechtigt gewesen sei, nicht alle angeforderten Unterlagen vorzulegen, da offensichtlich anhand der vorgelegten Unterlagen die Nebendiagnose L89.15 habe bestätigt werden können. Da der Prüfungsauftrag damit unzulässig erweitert worden sei, sei die Verrechnung zu Unrecht erfolgt, weshalb der Klägerin der geltend gemachte Anspruch in Höhe von 19.665,92 € zustehe. Allerdings könne 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 müssen.

Gegen das ihr am 16.02.2021 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 08.03.2021 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Sie macht geltend, noch vor Inkrafttreten der PrfV 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 grundsätzlich von einem weiten Prüfungsauftrag auszugehen, soweit die Krankenkasse nicht ausdrücklich Einschränkungen vorgegeben habe, um dem Wirtschaftlichkeitsgebot bestmöglich gerecht zu werden. Soweit weitere Auffälligkeiten festgestellt würden, entfalte der Prüfungsauftrag zudem keine Sperrwirkung. Der MDK müsse weitere Prüfungen anstellen und die Krankenkassen seien befugt, erneut Informationen von den Krankenhäusern anzufordern. Hieran habe sich mit dem Inkrafttreten der PrfV nichts Grundlegendes geändert. Bei dem Zusatz im Prüfungsauftrag 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 führe und daher häufig überprüfbar werde. Es gehe aus dem Prüfungsauftrag aber gerade nicht hervor, dass die Beklagte den Prüfungsauftrag auf diese Prüfung habe beschränken wollen. Aber selbst wenn dies der Fall sein sollte, würde dies nicht zu einer Ausschlusswirkung in dem Sinne führen, wie das SG dies angenommen habe. § 6 Abs. 3 Satz 6 PrfV beziehe sich auf das Verhältnis des MDK zur Krankenkasse. Die Norm stelle keine Schutznorm zu Gunsten des Krankenhauses dar. Die Nichtmitteilung einer Prüfungserweiterung über den MDK könne keine Ausschlusswirkung im Sinne des Ausschlusses eines daraus folgenden Erstattungsanspruches der Krankenkassen entfalten. § 6 Abs. 3 Satz 6 PrfV könne nicht als Ausschlussfrist gewertet werden. Zudem sei die Regelung an keinerlei Frist gebunden. Sofern weder die ursprüngliche Prüfungsanzeige

ausreichend gewesen sein sollte noch in der Mitteilung 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 erörtert. Die Beklagte erklärte 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 Prüfungsauftrags nicht vorliege. Nach dem maßgeblichen Empfängerhorizont könne der Prüfungsauftrag nicht anders verstanden werden, als dass eine Vollprüfung beauftragt gewesen sei. Die Klägerin sei mit den vom MDK in der ursprünglichen Prüfungsanzeige 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 Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10.02.2021 aufzuheben und die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil des SG für zutreffend. Das SG führe zutreffend aus, dass der Prüfungsauftrag 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 Prüfungsauftrag kein Hinweis. Wenn dem MDK bei Sichtung der Unterlagen auffalle, dass er weitere Diagnosen/OPS als präferiert erachte, so sei er verpflichtet gem. § 6 Abs. 3 Satz 6 PrfV dies dem Krankenhaus mitzuteilen; hierbei handle es sich nicht lediglich um eine reine Ordnungsvorschrift. Der Sinn und Zweck der Regelung bestehe darin, dem Krankenhaus nach Mitteilung des erweiterten Prüfungsgegenstandes die Möglichkeit zu eröffnen, weitere Unterlagen die mit dem erweiterten Prüfungsgegenstand korrespondieren vorzulegen. Denn für die MDK ohne zuvor das Krankenhaus über den erweiterten Prüfungsgegenstand zu

unterrichten, prÃ¼fe er zwangslÃ¤ufig auf Basis eines unvollstÃ¤ndigen Sachverhalts und ohne die rechtsstaatlich gebotene MÃ¶glichkeit fÃ¼r das Krankenhaus, sich zum erweiterten PrÃ¼fgegenstand zu Ã¶ffnen bzw. die damit korrespondierenden Unterlagen vorzulegen. Die von der Beklagten zitierte Ã¤ltere Rechtsprechung des BSG kÃ¶nne unter Geltung der PrÃ¼fvV keine Anwendung mehr finden. Soweit die Beklagte die Auffassung vertrete, die Anzeige der PrÃ¼fungserweiterung unterliege keiner Frist, Ã¼bersehe sie auÃerdem Â§ 4 Satz 1 PrÃ¼fvV, wonach der konkrete PrÃ¼fgegenstand 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 bestÃ¤tigen, werde darauf hingewiesen, dass die gesamte Patientenakte vom MD vorgerichtlich nicht angefordert worden sei, so dass schon daher keine PrÃ¤klusion bezÃ¼glich der gesamten Akte eingetreten sein kÃ¶nne. Im Ãbrigen habe es fÃ¼r die KlÃ¤gerin keinen Anlass gegeben, bei einem PrÃ¼fauftrag beschrÃ¤nkt auf die Nebendiagnose L89.15 davon auszugehen, der MDK benÃ¶tigte die vollstÃ¤ndige Akte.

Mit Schreiben vom 15.03.2023 sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass der Senat beabsichtige, nach [Â§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) durch Beschluss zu entscheiden. Die Beklagte hat sich mit der Verfahrensweise einverstanden erklÃ¤rt. Die KlÃ¤gerin hat sich nicht geÃuert.

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 AnhÃ¶rung der Beteiligten gemÃ [Â§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss zurÃ¼ckweisen, da er sie einstimmig fÃ¼r unbegrÃ¼ndet und eine mÃ¼ndliche Verhandlung nicht fÃ¼r erforderlich hÃ¤lt. GrÃ¼nde fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung einer mÃ¼ndlichen Verhandlung sind dem Senat nicht ersichtlich und wurden auch von den Beteiligten nicht vorgebracht.

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung (vgl. [Â§ 151 SGG](#)) der Beklagten ist zulÃ¤ssig. Sie ist insbesondere nach [Â§ 143 SGG](#) statthaft, da der Wert des Beschwerdegegenstandes den nach [Â§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) erforderlichen Betrag von 750,00 â Ã¼bersteigt.

Die Berufung ist aber nicht begrÃ¼ndet. Das SG hat die Beklagte zu Recht verurteilt, an die KlÃ¤gerin 19.665,92 â zzgl. Zinsen in HÃ¶he von fÃ¼nf Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 19.10.2019 zu zahlen. Die KlÃ¤gerin hat insoweit einen VergÃ¼tungsanspruch gegen die Beklagte. Dieser steht kein Ã¶ffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu, mit dem sie hÃ¤tte verrechnen kÃ¶nnen, weil sie die VergÃ¼tung fÃ¼r die Behandlung des Versicherten in voller HÃ¶he nicht ohne Rechtsgrund an die KlÃ¤gerin 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 ([Â§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend ist festzustellen, dass der Senat ebenfalls wie das SG die Prüfungsanzeige vom 22.10.2018 nach den Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen dahingehend auslegt, dass keine Vollprüfung erfolgen sollte, sondern eine auf die Nebendiagnose L89.15 beschränkte Kodierprüfung. Hierfür spricht der eindeutige Wortlaut, wonach unter „zu prüfende Diagnosen“ nur die L89.15 aufgeführt wird. Die Rubrik „zu prüfende Prozeduren“ ist mit einem Minuszeichen versehen. Allein die Frage ist die DRG korrekt eröffnet aus Sicht des objektiven Empfängerhorizontes keine umfassende Prüfung, da auch nur einzelne Diagnosen und Prozeduren Auswirkungen auf die DRG haben (können). Dies gilt jedenfalls dann, wenn wie hier eine konkrete Diagnose (oder Prozedur) nicht nur beispielhaft (z.B. mit dem Zusatz „insbesondere“), sondern mit einer konkreten Prüfungsfrage benannt wird.

Vor dem Hintergrund des so zu verstehenden Prüfungsauftrags durfte die Klägerin die Übermittlung der angeforderten Unterlagen auf die zur Prüfung der Nebendiagnose L89.15 erforderlichen Unterlagen beschränken. Zwar führt nach dem Regelungssystem der §§ 6 und 7 PrüfV (hier in der Fassung vom 03.02.2016) der MDK die Prüfung einschließlich der Beschaffung der Prüfunterlagen eigenverantwortlich durch; er entscheidet selbst, welche konkreten Unterlagen er anfordert. Dies gilt aber nicht, wenn er sich mit der Anforderung der Unterlagen offensichtlich außerhalb des Prüfgegenstands bewegt (BSG, Urteil 10.11.2021 [B 1 KR 22/21 R](#) -, in juris, zu §§ 6 und 7 PrüfV 2014). So verhält es sich hier. Die Anforderung von Nachweisen zum OPS-/Komplexcodes, Operationsberichten, Laborbefunden, pathologischen Befunden, Anästhesieprotokoll, Überwachungsbogen etc. konnte für die Frage, ob den kodierten Dekubitus ein Ressourcenaufwand erfolgt war, offensichtlich keine Rolle spielen. Der Aufforderung Unterlagen vorzulegen, die sich aber augenscheinlich außerhalb des Prüfungsauftrags bewegen, muss ein Krankenhaus nicht nachkommen. Der MDK ist schon von Gesetzes wegen nur berechtigt Sozialdaten zu erheben, „soweit“ dies für die Prüfungen nach [Â§ 275 SGB V](#) erforderlich ist ([Â§ 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung vom 04.04.2017, BGBl. 778). Auch [Â§ 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfV](#) beschränkt die Verpflichtung zur Übersendung auf die erforderlichen Unterlagen.

Möchte die Beklagte bzw. der MDK die Prüfung erweitern, muss sie das dem Krankenhaus anzeigen (vgl. [Â§ 6 Abs. 3 Satz 5 und 6 PrüfV](#)). Unterbleibt eine Erweiterungsanzeige, ist das Krankenhaus mit Unterlagen, welche die erweiterte Prüfung betreffen, nicht ausgeschlossen. Denn die Präklusionswirkung des [Â§ 7 Abs. 2 Sätze 4 bis 6 PrüfV](#) 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 [B 1 KR 43/20 R](#) -, in juris, zu [Â§ 7 Abs. 2 S. 4 PrüfV](#) 2014). Ein Verschulden ist

der Klägerin vorliegend nicht vorzuwerfen. Die Verspätung beruhte vielmehr darauf, dass aus der Prüfungsanzeige nur die Prüfung der Diagnose L89.15 hervorging und eine Erweiterung der Prüfung bis zum Abschluss des Prüfungsverfahrens der Klägerin nicht angezeigt wurde. Darüber hinaus war es für den MDK offensichtlich, dass die Klägerin von einer eingeschränkten Prüfung ausging, nachdem sie nur Unterlagen zum Dekubitus vorgelegt hatte. In einem solchen Fall eine Erweiterungsanzeige zu unterlassen und sich nachträglich auf die verspätete Vorlage der Unterlagen zu berufen, entspricht keiner gegenseitigen Rücksichtnahme, wie sie im Rahmen einer auf Grundlage eines dauerhaften Vertragsrahmens erfolgenden Zusammenarbeit zu erwarten wäre.

Mangels Präklusion sind somit vorliegend sämtliche Unterlagen aus der Patientenakte verwertbar. Nach medizinischer 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 unstrittig vorliegen, ist die Verrechnung zu Unrecht erfolgt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)).

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 1 Abs. 2 Nr. 3](#), [§ 63](#), [§ 52 Abs. 1](#), 3, [§ 47](#) Gerichtskostengesetz.

Ä

Erstellt am: 26.06.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024