

## **L 16 KR 727/22 KH**

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
16  
1. Instanz  
SG Duisburg (NRW)  
Aktenzeichen  
S 46 KR 696/20  
Datum  
11.08.2022  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 16 KR 727/22 KH  
Datum  
15.08.2024  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

**Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 11.08.2022 geändert. Die Klage wird abgewiesen.**

**Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

**Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 2.488,22 € festgesetzt.**

### **Tatbestand:**

Die Beteiligten streiten über einen Vergütungsanspruch für eine stationäre Krankenhausbehandlung.

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

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 Prüfanzeige des MDK vom 16.10.2017 wurden als Prüfgrund 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 äußerst schwere CC*) zu ändern.

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“.

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.

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.

Die Klägerin hat beantragt,

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.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

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 PrüfV 2016 keine weiteren als die bislang dem MDK fristgerecht übersandten Behandlungsunterlagen gegen sich gelten.

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.“

Die Beteiligten haben daraufhin die Kodierung der OPS aus der gutachtlichen Stellungnahme des MD vom 16.08.2021 unter Zugrundelegung aller Unterlagen unstreitig 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.

Die Beklagte hat sich weiterhin auf § 7 Abs. 2 PrüfV 2016 berufen. Selbst wenn die nachgereichten Unterlagen nicht nach § 7 Abs. 2 PrüfV 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 PrüfV unzulässig. Das BSG habe eine teleologische Reduktion des § 7 Abs. 5 PrüfV 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 PrüfV. 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 § 7 Abs. 5 PrüfV unstreitig zur Anwendung gelange. Auch würde die Zulässigkeit einer Nachkodierung auf der Grundlage einer im Gerichtsverfahren eingeholten Stellungnahme des MD einer Wiedereröffnung des Prüfverfahrens gleichkommen, was das gesamte Fristenregime der PrüfV konterkarieren würde.

Die Klägerin hat geltend gemacht, dass § 7 Abs. 5 PrüfV hier keine Anwendung finden könne. Anderenfalls würde dies darauf hinauslaufen, dass sich Abrechnungsfehler, die dem Krankenhausträger zugunsten der Krankenkasse unterlaufen seien und die ohne ein von der Krankenkasse erzwungenes Gerichtsverfahren gerade nicht zutage getreten wären, nicht zugunsten des Krankenhausträgers auswirken könnten, während dieser maximal nur den Betrag abrechnen könnte, den er schon zuvor geltend gemacht habe. Dies widerspräche essenziell dem Grundsatz der prozessualen Waffengleichheit in den Abrechnungsverfahren. Auch sei § 7 Abs. 5 PrüfV auf Fälle, in denen wie hier eine Korrektur nach sozialgerichtlichem Verfahren erfolge, nicht mehr anwendbar. Sinn und Zweck der Regelung sei, den MDK im Prüfverfahren nicht dauernd mit neuen, sich teilweise widersprechenden Datensätzen zu konfrontieren. Im vorliegenden Fall sei jedoch klar, welche Datensätze dem MDK vorgelegen hätten. Die Feststellung, dass ein anderer OPS anzusetzen sei, beeinflusse daher nicht mehr die Prüfung durch den MDK oder führe zu einer weiteren Verzögerung des Prüfverfahrens. Letzteres sei schon deswegen ausgeschlossen, weil bereits das gerichtliche Verfahren anhängig sei.

Mit Urteil vom 11.08.2022 hat das SG die Beklagte antragsgemäß verurteilt, an die Klägerin 2.488,22 € nebst Zinsen i.H.v. jeweils zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 04.05.2018 zu zahlen. Die Klägerin habe einen Zahlungsanspruch in Höhe der Klageforderung aus einem oder mehreren anderen Behandlungsfall bzw. -fällen. Dieser Anspruch sei nicht durch Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch erloschen. Der Beklagten stehe die für eine Aufrechnung erforderliche Gegenforderung aus dem Behandlungsfall der Versicherten nicht zu. Unter Zugrundelegung aller den streitigen Behandlungsfall betreffenden medizinischen Unterlagen einschließlich des OP-Berichts und des Tumorkonferenzbogens seien für die durchgeführten operativen und medizinischen Maßnahmen – insoweit unstreitig – 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 Höhe von 2.488,22 € umfasse. Der Einwand der Beklagten, die nachgereichten Unterlagen (OP-Bericht, Tumorkonferenzbogen) seien wegen § 7 Abs. 2 PrüfV nicht zu berücksichtigen, verfange nicht. Diese Unterlagen seien nicht nach § 7 Abs. 2 PrüfV präkludiert, da die Vorschrift im vorliegenden Fall einer Prüfung vor Ort keine Anwendung finde. Der Vergütungsanspruch der Klägerin sei auch nicht durch § 7 Abs. 5 PrüfV ausgeschlossen. Die Vorschrift sei hier entsprechend der Grundsätze des BSG teleologisch zu reduzieren. Die Klägerin habe sich mit ihrem Schriftsatz vom 29.11.2021 vollständig der medizinisch-fachlichen Einschätzung 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 Einschätzung liege die – unzutreffende – rechtliche Bewertung zugrunde, die nachgereichten Unterlagen seien nicht berücksichtigungsfähig. Die Gutachterin gehe rechtsirrtümlich von einer Präklusion der nachgereichten Unterlagen aus, die jedoch nicht bestehe. Die Klägerin müsse sich auch nicht auf das MDK-Gutachten vom 15.03.2018 verweisen lassen. Die teleologische Reduktion des § 7 Abs. 5 PrüfV sei in diesem Fall nicht mit der Maßgabe anzuwenden, dass lediglich die Umsetzung des ersten MDK-Gutachtens, das im Rahmen des Prüfverfahrens ergangen sei, zulässig wäre. Dies würde hier dazu führen, dass die Klägerin sich auf ein offenkundig falsches Gutachten stützen müsste, welches erkennbar irrtümlich von einer Präklusionswirkung ausgehe, die wegen der Vor-Ort-Prüfung nicht bestehe. Die teleologische Reduktion sei vorliegend so anzuwenden, dass die Klägerin berechtigt sei, in Umsetzung des MD-Gutachtens vom 16.08.2021 abzurechnen. Erst dieses Gutachten bewerte ausgehend von den berücksichtigungsfähigen Unterlagen den vollständigen medizinischen Sachverhalt. Der Umstand, dass die Präklusionsvorschrift des § 7 Abs. 2 PrüfV auf die nachgereichten Unterlagen keine Anwendung finde, bedeute im Umkehrschluss, dass die Unterlagen auch nachträglich noch Berücksichtigung finden müssten, da sie gerade nicht präkludiert seien.

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 unstreitig, dass die seitens der Klägerin ursprünglich abgerechnete und Gegenstand des Prüfverfahrens gewesene Kodierung falsch gewesen sei, da der OPS 5-883.21R nicht hätte abgerechnet werden dürfen und anstelle des OPS 5-886.41L („...mit gewebeverstärkendem Material“) der OPS 5-886.40L („...ohne gewebeverstärkendes Material“) zu kodieren gewesen wäre. Auch könne ein Vergütungsanspruch nach der Rechtsprechung des BSG bei einer wegen unzutreffender Daten fehlerhaften Abrechnung nicht begründet werden. Daher könne die Klägerin ihren Anspruch nur dann auf das MD-Gutachten vom 16.08.2021 stützen, wenn sie im Hinblick auf die nicht im Rahmen der Erstbegutachtung zur Verfügung gestellten Unterlagen nicht nach § 7 Abs. 2 PrüfV präkludiert wäre und das Ergebnis dieser Begutachtung auch gegenüber der Beklagten durch zulässige Übermittlung eines entsprechend geänderten Datensatzes nach [§ 301 SGB V](#) zur Abrechnung hätte bringen können, also auch keine Präklusion nach § 7 Abs. 5 PrüfV vorläge. Beides sei jedoch nicht der Fall. § 7 Abs. 2 Satz 2 bis 4 PrüfV finde hier Anwendung, auch wenn das BSG entschieden habe, dass die Vorschrift nur für das schriftliche Verfahren, nicht aber die Prüfung 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 unterlägen, im Rahmen einer Vor-Ort-Prüfung hingegen nicht. Dies stelle einen Wertungswiderspruch dar, der eine Regelungslücke 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 verstoße 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. Wäre 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 Krankenhäuser in der Hand, sich entgegen der Zielsetzung der Vertragsparteien der PrüfV eine jederzeitige Nachkodierung außerhalb der PrüfV bis hinein in sozialgerichtliche Verfahren zu erschleichen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des SG Duisburg vom 11.08.2022 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Sie hält die sozialgerichtliche Entscheidung für zutreffend. Der Wortlaut des § 7 Abs. 2 PrüfV mit seiner Geltung nur im schriftlichen Verfahren sei eindeutig und lasse keinen Raum für anderweitige Ermessens- oder Billigkeitserwägungen. Auch § 7 Abs. 5 PrüfV entfalte keine Sperrwirkung mehr, wenn sich die ursprüngliche Begutachtung durch den MD wie hier als falsch herausgestellt habe. Anderenfalls könnten entsprechende Versäumnisse des MD nicht mehr korrigiert werden, was alleine zu Lasten der Krankenhäuser gehen würde. Etwaige Fehler des MD, die zur Verurteilung der Beklagten führten, könnten ggf. im Wege der Geltendmachung von Regressansprüchen der Krankenkassen gegen den MD ausgeglichen werden.

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

#### **Entscheidungsgründe:**

Die zulässige, insbesondere statthafte und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten gegen das Urteil des SG ist begründet. Das SG hat der Klage zu Unrecht stattgegeben, weil sie unbegründet ist. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung von 2.488,22 €. Daher besteht auch kein Zinsanspruch.

Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Behandlung anderer Versicherter der Beklagten zunächst Anspruch auf Vergütung weiterer 2.488,22 € hatte; eine nähere Prüfung des Senats erübrigt sich insoweit (vgl. etwa BSG, Urteil vom 30.07.2019 - [B 1 KR 31/18 R](#) -, Rn. 9, juris; BSG, Urteil vom 17.12.2013 - [B 1 KR 57/12 R](#) -, Rn. 8, juris, jeweils m.w.N.).

Dieser Vergütungsanspruch (Hauptforderung) ist durch Erfüllung infolge der von der Beklagten erklärten und gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 387 BGB](#) möglichen Aufrechnung gemäß [§ 389 BGB](#) erloschen, weil dieser ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in entsprechender Höhe aus dem Behandlungsfall der Versicherten als Gegenforderung zustand. Die Beklagte hat einen Anspruch auf Rückzahlung von 2.488,22 € gegen die Klägerin nach Maßgabe der im Krankenhausvergütungsrecht zwischen den Krankenkassen und Krankenhausträgern geltenden Grundsätze des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs, die an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach [§§ 812 ff. BGB](#) treten (vgl. hierzu Urteil des Senats vom 11.05.2017 - [L 16 KR 523/14](#) -, Rn. 20 f., juris). Denn diese Leistung ist rechtsgrundlos erbracht worden.

Rechtsgrundlagen der von dem klagenden Krankenhaus geltend gemachten und von der beklagten Krankenkasse dem Grunde nach zu zahlenden Vergütung sind [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Satz 1 KHEntgG und § 17b KHG, die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2017 und die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2017. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes ([§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)), wenn die Versorgung – wie vorliegend der Fall – in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)) durchgeführt wird und i.S. von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (BSG, Urteil vom 08.09.2009 – [B 1 KR 11/09 R](#) –, Rn. 11, juris m.w.N.). Die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet sich im Wesentlichen nach der mithilfe einer zertifizierten Software (Grouper) ermittelten DRG. Für die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG sind maßgebliche Kriterien die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen, eventuell den Behandlungsverlauf wesentlich beeinflussende Komplikationen, die im Krankenhaus durchgeführten Prozeduren sowie weitere Faktoren (Alter, Geschlecht etc.). Die Diagnosen werden mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), das seit dem 26.05.2020 zum Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gehört, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen ICD-10 verschlüsselt. Die Prozeduren werden nach dem ebenfalls vom DIMDI bzw. BfArM herausgegebenen OPS kodiert. Aus diesen Kodes wird dann zusammen mit den weiteren für den Behandlungsfall maßgeblichen Faktoren unter Verwendung eines Groupers die entsprechende DRG ermittelt (sogenannte Groupierung), 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).

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.).

Einer hierzu notwendigen Korrektur der ursprünglichen Abrechnung durch entsprechende Um- bzw. Nachkodierung seitens der Klägerin steht jedoch § 7 Abs. 5 PrüfV 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 PrüfV 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 PrüfV 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.

Die zum 01.01.2017 in Kraft getretene PrüfV 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](#) –, Rn. 14 ff., juris; BSG, Urteil vom 10.11.2021 – [B 1 KR 16/21 R](#) –, Rn. 31, juris). Damit steht der von der Beklagten nach Maßgabe des § 10 Satz 2 PrüfV 2016 erklärten Aufrechnung auch das landesvertragliche Aufrechnungsverbot des § 15 Abs. 4 Satz 2 des Vertrages NRW nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) nicht entgegen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 30.07.2019 – [B 1 KR 31/18 R](#) –, Rn. 26, juris).

Die Verwertung des Operationsberichts sowie Tumorkonferenzbogens scheidet nicht an § 7 Abs. 2 Satz 2 bis 6 PrüfV 2016. Diese Regelung gilt nach dem eindeutigen Wortlaut nur für das schriftliche Verfahren, während sich die Prüfung vor Ort gemäß § 7 Abs. 2 Satz 1 PrüfV 2016 nach den Vorgaben des [§ 276 Abs. 4 SGB V](#) (a.F.) richtet (s. BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 24/20 R](#) –, Rn. 16, juris). Nach [§ 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 [§ 276 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) a.F. hingegen nicht vor. Dafür, dass dies die Vertragsparteien der PrüfV 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.

Der für die als Folge der Verwertung des Operationsberichts notwendigen Korrektur bzw. Ergänzung des Datensatzes nach [§ 301 SGB V](#) steht jedoch § 7 Abs. 5 PrüfV 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.

Nach § 7 Abs. 5 PrüfV 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-Prüfverfahrens nach § 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).

Nach der Rechtsprechung des BSG, welcher der erkennende Senat folgt, ist § 7 Abs. 5 PrüfV 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 PrüfV 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 PrüfV 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 Übermittlung 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 PrüfV 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).

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 PrüfV 2016 erfasst.

Anders als das SG meint, ist hier keine teleologische Reduktion des § 7 Abs. 5 PrüfV 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 PrüfV 2016 eine teleologische Reduktion des zu weit gefassten Wortlautes. Anderenfalls würde die Regelung Sachverhalte – dort die Umsetzung des MDK-Prüfergebnisses – erfassen, die sie nach ihrem objektiven, erkennbaren Regelungszweck nicht erfassen soll. Die – durch den Regelungszweck des § 7 Abs. 5 PrüfV 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).

Das SG begründet die von ihm angenommene teleologische Reduktion des § 7 Abs. 5 PrüfV 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 PrüfV 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 PrüfV 2016 hinauslaufen, obwohl die Norm auf eine Prüfung vor Ort nicht anwendbar sei.

Mit dieser Auffassung werden allerdings nach Ansicht des Senats in der hier vorliegenden Konstellation die Rechtsprechung des BSG einerseits überdehnt und § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 mit § 7 Abs. 2 PrüfV 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 führe 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 Präklusion von Unterlagen nach § 7 Abs. 2 PrüfV 2016 unzutreffend gewesen ist, der MDK diese Unterlagen dann in seiner während des Klageverfahrens ergangenen gutachtlichen Stellungnahme vom 16.08.2021 berücksichtigt und die Klägerin sich dem hieraus resultierendem – von der Erstbeurteilung in Grund und Höhe deutlich abweichendem – „richtigen“ 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 Auskunft- und Prüfpflichten. Die Erfüllung der auf dieser Ebene geregelten Obliegenheit des Krankenhauses zur Übermittlung der Daten über die Krankenhausbehandlung aus [§ 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 Prüfauftrag umfasst sind, durch das Krankenhaus nach § 7 Abs. 5 Satz 1 bis 4 PrüfV 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).

Mit der vom BSG danach betonten engen Verknüpfung des § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 mit den Übermittlungsobliegenheiten bzw. -pflichten des Krankenhauses nach [§ 301 SGB V](#) ist es unvereinbar, das „falsche“ Gutachten des MDK vom 15.03.2018 wegen dessen auf § 7 Abs. 2 PrüfV 2016 basierender Fehleinschätzung de facto zu negieren und es der Klägerin dadurch unter Ausschaltung der Präklusionswirkung des § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 zu ermöglichen, sich auf das im späteren Gerichtsverfahren erstellte MDK-Gutachten vom 16.08.2021 anspruchserhaltend zu stützen. Denn es war die Klägerin, die es entgegen ihren gesetzlichen und normvertraglichen Pflichten versäumt hat, für den MDK sämtliche, den Prüfgegenstand betreffende Unterlagen – hier den für die zutreffende Kodierung der Prozeduren maßgeblichen OP-Bericht sowie ggf. den Tumorkonferenzbogen als Teil der vom MDK in der Prüfanzeige vom 16.10.2017 explizit für das Begehungsverfahren angeforderten Krankenakte – am Tag der Prüfung vor Ort (07.03.2018) bereitzuhalten. Für die Vorbereitung der erforderlichen Unterlagen hatte die Klägerin nahezu fünf Monate Zeit. Gerade bei einer solchen Prüfung ist das Fristenregime des § 7 Abs. 5 PrüfV 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 Prüfung vor Ort“ möglich ist. Das Krankenhaus soll somit angehalten werden, dem MDK sämtliche prüfungsrelevante Daten im Zeitpunkt der Vor-Ort-Prüfung zur Verfügung zu stellen, so dass auch eine Nachreichung – wie hier – am gleichen Tag, aber nach Abschluss der Prüfung, zur materiellen Präklusion der auf Grundlage dieser Unterlagen korrigierten Datensätze führt. Indem die Klägerin eine solch zeitige Vorlage am Tag der Vor-Ort-Prüfung versäumt hat, hat sie letztlich die Ursache für das inhaltlich „falsche“ Ergebnis des MDK-Gutachtens vom 15.03.2018 gesetzt. In einer solchen Konstellation ist eine teleologische Reduktion des § 7 Abs. 5 PrüfV 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 [§ 301 SGB V](#) nicht zu vereinbaren. Dass es dann nicht zum materiell „richtigen“ Ergebnis gekommen ist, ist vor dem Hintergrund hinzunehmen, dass die Vertragsparteien dem Beschleunigungsgebot aufgrund der strengen Fristen der PrüfV Vorrang eingeräumt haben, was als Kehrseite die Gefahr in sich birgt, dass nicht immer das „richtige“ Ergebnis erzielt wird.

Hieran ändert auch die Nichtanwendbarkeit von § 7 Abs. 2 Satz 2 bis 6 PrüfV 2016 bei der Prüfung vor Ort nichts. Der Beklagten ist zuzustimmen, dass die Verwertung von nachträglich eingereichten Unterlagen durch den MDK allenfalls dazu führen kann, die ursprüngliche Abrechnung der Klägerin zu bestätigen, nicht aber unter Umgehung von § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 die Übermittlung eines völlig anderen – vergütungserhaltenden – Datensatzes zu ermöglichen. Die Vertragsparteien haben die Regelungen zu Anforderung und fristgerechtem Zugang von Unterlagen durch den MDK einerseits und zur Korrektur bzw. Ergänzung von Datensätzen andererseits bewusst eigenständig ausgestaltet, so dass sie nicht miteinander vermengt werden dürfen. Insbesondere muss eine fristgerechte Nachlieferung von Unterlagen durch das Krankenhaus nicht zwangsläufig mit einer Änderung von Datensätzen einhergehen und umgekehrt. Es ist daher auch nicht überzeugend, eine teleologische Reduktion des § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 mit der fehlenden Präklusion nachgereicherter Unterlagen begründen zu wollen. Eher ist die besonders strenge Frist für eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen bei einer Prüfung vor Ort nach § 7 Abs. 5 Satz 4 PrüfV 2016 ein kompensatorisches Moment für die Möglichkeit des Krankenhauses, Unterlagen bei einer solchen Prüfung praktisch unlimitiert (ggf. nur begrenzt durch Treu und Glauben, [§ 69 Abs. 1 SGB V](#) i.V.m. [§ 242 BGB](#)) nachreichen zu können. Die Grenze ist dann dort erreicht, wo der prüfungsrelevante Teil der Datensätze nach [§ 301 SGB V](#) betroffen ist, wenn sie vom Krankenhaus korrigiert oder ergänzt werden.

Dieses Ergebnis steht auch nicht im Widerspruch zum Urteil des Senats vom 25.01.2024 – [L 16 KR 304/22 KH](#). Dort hat der erkennende Senat eine teleologische Reduktion des § 7 Abs. 5 PrüfV 2016 bejaht, wenn nach Abschluss einer auf die Hauptdiagnose (nicht hingegen auf die Nebendiagnosen) gerichteten MDK-Prüfung vor Ort eine Ersetzung der zunächst übermittelten Hauptdiagnose durch die vom gerichtlichen Sachverständigen genannte, zunächst im Ursprungsdatensatz als Nebendiagnose übermittelte Diagnose erfolgt. Dies hat der

Senat damit begründet, dass im dortigen Fall anhand der nach [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten alle der zwischenzeitlich als Hauptdiagnose im Raum stehenden Kodes bekannt, wenn auch als Nebendiagnose benannt waren. Die dortigen Beteiligten stritten folglich nur über die Rangfolge von Anfang an bekannter Diagnosen. In dieser Konstellation läuft nach Auffassung des Senats eine Änderung der Gewichtung der bekannten Diagnosen – zudem lediglich die Haupt-, nicht auch die Nebendiagnosen Prüfgegenstand waren – dem Regelungszweck der PrüfV, der Beschleunigung und Konzentration, nicht zuwider. Auch wird die Krankenkasse hierdurch nicht überrascht. Im vorliegenden Fall sind die bereits bekannten (unstreitigen) Diagnosen nicht bloß unterschiedlich gewichtet bzw. ausgetauscht worden, sondern es hätten verschiedene (neue) OPS-Ziffern nach dem Ergebnis der im gerichtlichen Verfahren eingeholten (nochmaligen) gutachtlichen Stellungnahme des MDK 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“ Prüfgegenstand und damit Teil des hierauf entfallenden Datensatzes, während in dem anderen Fall die Nebendiagnosen gerade nicht zum Prüfgegenstand des MDK gehörten. Eine Übertragung der genannten Entscheidung des Senats auf den hiesigen Fall scheidet somit aus.

Schließlich ist die Beklagte auch nicht nach Treu und Glauben gehindert, sich auf den Eintritt der Präklusion der korrigierten Datensätze zu berufen (zur Geltung der Grundsätze des [§ 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 § 7 Abs. 2 PrüfV 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 § 7 Abs. 2 PrüfV 2016 keine Anwendung findet (s.o.), scheidet eine Übertragung auf § 7 Abs. 5 PrüfV von vornherein aus. Denn die (strengen) Pflichten des Krankenhauses sind im Umgang mit den nach [§ 301 SGB V](#) relevanten Daten und über § 7 Abs. 5 Satz 4 PrüfV 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 Präklusion nach § 7 Abs. 5 PrüfV 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.

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

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#)) bestehen nicht. Insbesondere vermag der Senat eine grundsätzliche Bedeutung mit Blick auf die Anwendung von § 7 Abs. 5 PrüfV 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 § 7 Abs. 5 PrüfV 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 § 17c Abs. 2a KHG (und § 11 PrüfV 2021) keine Notwendigkeit.

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

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2024-10-18