LSG München, Urteil v. 10.09.2020 – L 4 KR 88/19

Titel:

Krankenhausvergütung - Korrektur der Rechnung - PrüfvV 2016

Normenketten:

KHEntgG § 7, § 9
KHG § 17 b Abs. 1
PrüfvV 2016 § 7 Abs. 5
SGB V § 109 Abs. 4, § 275 Abs. 1c

Leitsätze:

1. § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 schließt eine nachträgliche Anpassung von Kodierung und Rechnung an das vom MDK gewonnene Prüfergebnis nicht aus, wenn sich hiernach ein höherer Rechnungsbetrag ergibt. (Rn. 34 – 38)
2. Sowohl der Wortlaut der Regelung als auch systematische Erwägungen sprechen dagegen, dass § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 die Vergütung betreffende materielle Ausschlussfristen enthält. (Rn. 39 – 40)

Schlagworte:

DRG-Kodieränderung, Krankenhausabrechnung, Materielle Ausschlussfrist, Rechnungskorrektur, Umsetzung des vom MDK gewonnenen Prüfergebnisses

Vorinstanz:

SG Augsburg, Urteil vom 25.01.2019 – S 2 KR 446/18

Rechtsmittelinstanz:

BSG Kassel, Urteil vom 18.05.2021 – B 1 KR 37/20 R

Weiterführende Hinweise:

Revision zugelassen

Fundstelle:

BeckRS 2020, 38172

Tenor

I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 25. Januar 2019 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

III. Die Revision wird zugelassen.

IV. Der Streitwert wird auf 2.503,47 Euro festgesetzt.

Tatbestand

1
Die Klägerin begehrt von der beklagten Krankenkasse die Zahlung weiterer Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung.

2
Die Klägerin betreibt das Kreiskrankenhaus E., ein nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus. Dort wurde die bei der Beklagten versicherte L. (im Folgenden: Versicherte) in der Zeit vom 22.06. bis 02.07.2017 wegen einer infizierten Wunde an der linken Hand nach einer Katzenbissverletzung stationär behandelt.

3
Die Klägerin rechnete den Aufenthalt der Versicherten auf Grundlage der DRG X05B (Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff) gemäß des Fallpauschalenkatalogs zur Vereinbarung

zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2017 (Fallpauschalenvereinbarung 2017 - FPV 2017) ab und stellte der Beklagten hierfür am 17.07.2017 einen Betrag in Höhe von 3.232,20 € in Rechnung. Dieser Betrag wurde von der Beklagten bezahlt.

4
Die Beklagte veranlasste eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Bayern zur Klärung, ob die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in vollem Umfang medizinisch begründet gewesen und die Hauptdiagnose korrekt sei. Der MDK setzte die Klägerin darüber mit Schreiben vom 26.07.2017 in Kenntnis.

5
Der MDK kam im Gutachten vom 17.11.2017 zum Ergebnis, dass die Hauptdiagnose zu ändern sei: statt T14.1 (offene Wunde an einer nicht näher bezeichneten Körperregion) sei T79.3 (posttraumatische Wundinfektion, anderenorts nicht klassifiziert) in Ansatz zu bringen. Die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer sei hierdurch gegenstandslos, so dass sich der Fall in der DRG T01C (OR-Proz. bei infektiösen/parasitären Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. best. Eingr. od. auß. bei Sepsis, oh. best. Eingr. bei Hüftendoproth. od. plast. Rekonstr. Brustwand, mit best. mäß. kompl. Eingr.) abbilde. Aufgrund der Änderung der Hauptdiagnose ergebe sich ein höherer Abrechnungsbetrag (Grouping-Ergebnis: 5.756,16 €).

6
Am 23.11.2017 übermittelte die Klägerin der Beklagten eine korrigierte Rechnung auf Grundlage der DRG T01C mit einem Rechnungsbetrag von 5.735,67 € und eine Gutschrift in Höhe von 3.232,20 € im Hinblick auf die bereits beglichene Rechnung vom 17.07.2017.

7
Die Beklagte lehnte mit Schreiben vom 27.11.2017 die Zahlung weiterer Vergütung für die Behandlung der Versicherten ab mit der Begründung, dass die Datenkorrektur vom 23.11.2017 nicht innerhalb der in § 7 Abs. 5 PrüfvV genannten Fristen erfolgt sei.

8
Die Klägerin hat am 27.09.2018 Klage zum Sozialgericht (SG) Augsburg erhoben und weitere Behandlungskosten für die Versicherte in Höhe von 2.503,47 € nebst Zinsen geltend gemacht. Die Neufassung einer Rechnung sei keine Datenkorrektur im Sinne von § 7 Abs. 5 PrüfvV. Die Klägerin habe keine Datenänderung vorgenommen, die Gegenstand einer MDK-Prüfung sein sollte, sondern lediglich das Ergebnis der MDK-Prüfung umgesetzt. § 7 Abs. 5 PrüfvV sei daher nicht einschlägig. Zudem enthalte § 7 Abs. 5 PrüfvV keine materielle Ausschlussfrist. Eine solche wäre von der Ermächtigungsgrundlage für die PrüfvV auch nicht gedeckt. Außerdem sei es rechtsmissbräuchlich, bei Korrektur und Umsetzung des MDK-Ergebnisses eine Nachforderung des Krankenhauses zu verneinen, zumal die Beklagte regelmäßig Rechnungskorrekturen fordere, wenn sich aufgrund der MDK-Prüfung eine Verringerung des Rechnungsbetrages ergebe. Somit bleibe es dabei, dass eine Nachberechnung innerhalb der vom Bundessozialgericht (BSG) aufgestellten Zeitgrenzen, also bis Ende des auf die Abrechnung folgenden Jahres, möglich sei (BSG, Urteil vom 05.07.2016, B 1 KR 40/15 R).

9
Die Beklagte hat vorgetragen, dass die von der Klägerin am 24.11.2017 vorgenommene Daten- und Rechnungskorrektur nicht mehr möglich gewesen sei, da sie erst nach Abschluss der Prüfung durch den MDK am 17.11.2017 erfolgt sei. § 7 Abs. 5 PrüfvV stelle eine Ausschlussfrist dar und § 17c Abs. 2 KHG enthalte hierfür eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage. Insoweit werde auf das Urteil des SG Reutlingen vom 14.03.2018, S 1 KR 2084/17 verwiesen, wonach die Frist des § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV 2015 eine Ausschlussfrist sei. Die hierfür dargelegten Gründe seien vollumfänglich auf die sonstigen Fristen der PrüfvV übertragbar. Das Verständnis einzelner Fristen nicht als Ausschlussfristen liefe dem Zweck der PrüfvV, für eine Verfahrensbeschleunigung zu sorgen, zuwider. Die Rechtsauffassung der Beklagten werde durch das Urteil des SG Regensburg vom 10.10.2018, S 14 KR 100/18, bestätigt. Im Übrigen sei der Klägerin der Prüfumfang bekannt gewesen, so dass es ihr anhand ihrer eigenen Akten möglich gewesen wäre, die Hauptdiagnose und damit den Rechnungsbetrag zeitgerecht zu korrigieren.

10

Mit Urteil vom 25.01.2019 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 2.503,47 € nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 15. Dezember 2017 zu zahlen. Die zulässige Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG) sei in vollem Umfang begründet.

11
Streitig sei allein die Frage, ob die Klägerin nachträglich eine Korrektur ihrer ursprünglichen Rechnung habe vornehmen können. Dies sei zu bejahen.

12
Eine nachträgliche Korrektur der Rechnung sei hier nicht durch die Rechtsprechung des BSG ausgeschlossen, nach der eine Nachberechnung bis zum Ende des auf die Abrechnung folgenden Jahres möglich sei (BSG vom 05.07.2016, B 1 KR 40/15 R).

13
Die nachträgliche Forderung, die auf dem Ergebnis des MDK-Gutachtens beruhe, sei auch nicht nach § 7 Abs. 5 PrüfvV in der hier maßgeblichen Fassung ab 01.01.2017 ausgeschlossen. Nach dem Wortlaut des § 7 Abs. 5 Satz 2 und 3 PrüfvV sei nicht von einer Ausschlussfrist auszugehen. Die Bezeichnung Ausschlussfrist finde sich dort - anders als etwa in § 8 Satz 4 PrüfvV - ausdrücklich nicht. Des Weiteren sei zu berücksichtigen, dass § 7 Abs. 5 Satz 2 und 3 PrüfvV lediglich regele, wann und in welchem Umfang der MDK Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen in seine Prüfung einzubeziehen habe. Diese Regelung wende sich allein an den MDK. Dagegen lasse sich der Vorschrift eine Vergütungsregelung bzw. eine Regelung zum Ausschluss einer Vergütung nicht entnehmen. Nach Auffassung des Gerichts solle mit der Regelung nur vermieden werden, dass sich der MDK nach Ablauf der Fünf-Monatsfrist oder nach Abschluss der Prüfung durch den MDK erneut mit einer von ihm bereits geprüften Krankenhausabrechnung gutachterlich auseinanderzusetzen habe. Dieser Zweck bleibe vorliegend gewahrt.

14
Außerdem erscheine es treuwidrig, wenn die Beklagte nun die Zahlung verweigere, nachdem die MDK-Prüfung für die Klägerin günstig ausgefallen sei, andererseits sich die Beklagte aber bei einem für die Klägerin negativen Ergebnis auf das Ergebnis der MDK-Prüfung berufen hätte. Die Beklagte könne sich auch nicht auf ein schutzwürdiges Vertrauen berufen, da sie selbst durch die Einleitung des MDK-Verfahrens zu erkennen gegeben habe, dass sie eine Überprüfung der Abrechnung vornehmen wolle. Sie habe daher auf den Bestand der ursprünglichen Rechnung nicht vertrauen können und ihr Vertrauen sei insoweit auch nicht schutzwürdig gewesen (vgl. SG Reutlingen vom 08.11.2017, S 1 KR 364/17).

15
Dagegen hat die Beklagte am 06.03.2019 Berufung zum Bayerischen Landessozialgericht erhoben. Zur Begründung hat sie vorgetragen, dass die vom BSG aufgestellten Grundsätze zur Möglichkeit einer Rechnungskorrektur durch vertragsrechtliche Regelungen verdrängt werden könnten. Im Anwendungsbereich der PrüfvV seien bezüglich der Korrektur und der Nachberechnung der Vergütung die Regelungen der PrüfvV maßgeblich. Auf stationäre Behandlungen, für die die PrüfvV gelte, sei die Rechtsprechung des BSG daher nicht mehr anwendbar.

16
In § 7 Abs. 5 Satz 3 PrüfvV werde ausdrücklich geregelt, dass eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK möglich sei. Damit werde als Wirkung einer Versäumung der Frist explizit bestimmt, dass Korrekturen oder Ergänzungen der Daten nicht mehr zu berücksichtigen seien, wenn die Frist nicht eingehalten wurde. Diese Regelung sei abschließend und entspreche einer materiellen Ausschlussfrist.

17
§ 7 Abs. 5 PrüfvV beziehe sich nicht nur auf den MDK, sondern beziehe die Krankenkasse, die der Adressat eventueller Datensatzkorrekturen sei, in die Regelung ein. Der MDK selbst sei nicht berechtigt, Datensätze seitens der Krankenhäuser zu empfangen.

18
§ 17 Abs. 2 KHG stelle eine ausreichende Rechtsgrundlage für die Vereinbarung materiell-rechtlicher Ausschlussfristen dar.

19

Das mit der PrüfvV verfolgte Ziel der Straffung und Beschleunigung des Prüfungsverfahrens könne nur erreicht werden, wenn auch die Krankenkasse nach Fristablauf zugegangene Datensatzkorrekturen oder -ergänzungen nicht mehr zu berücksichtigen habe und eine darauf fußende Rechnung ausgeschlossen sei. Der Zweck der Regelung bestehe darin, einen Schlusspunkt unter die Abrechnung des Behandlungsfalles zu setzen.

20
In § 7 Abs. 5 PrüfvV hätten die Vertragspartner vereinbart, dass eine Daten- und Rechnungskorrektur nach Ablauf der dort bestimmten Fristen nicht mehr möglich sei. Es könne nicht treuwidrig sein, wenn sich die Beklagte auf eine von den Vertragspartnern vereinbarte Regelung beziehe. Das von der Krankenkasse eingeleitete Prüfverfahren diene nicht dazu, dem Krankenhaus die Möglichkeit zu eröffnen, seine Abrechnung zu optimieren. Der Klägerin sei die Prüfung des Falles angezeigt worden. Sie habe die Möglichkeit gehabt, ihre Abrechnung insgesamt zu überprüfen. Wenn sie dies unterlasse, falle dies allein in ihren Risikobereich.

21
Hinsichtlich der Rechtswirkungen des § 7 Abs. 5 PrüfvV könne nicht zwischen einer Datenkorrektur und einer Rechnungskorrektur differenziert werden. Beides gehöre zusammen. Eine Rechnungskorrektur sei ohne eine Korrektur der Entlassanzeige gar nicht möglich. In der Entlassanzeige seien alle Daten enthalten, die der Grouper benötige, um eine DRG oder PEPP zu ermitteln.

22
Die Klägerin hat im Wesentlichen auf ihre bisherigen Ausführungen Bezug genommen.

23
Auf den gerichtlichen Hinweis, dass der Regelung des § 7 Abs. 5 PrüfvV nicht zu entnehmen sei, dass das Krankenhaus mit einer Nachforderung, die auf dem Ergebnis der MDK-Prüfung beruhe, ausgeschlossen sei, hat die Beklagte ausgeführt, dass diese Sichtweise nicht berücksichtige, dass eine Rechnungskorrektur ohne eine Korrektur der mit der Entlassungsanzeige übermittelten Daten - hier also der geänderten Hauptdiagnose mit der Folge der Änderung der abzurechnenden DRG - gar nicht möglich sei. Wenn die Krankenkasse die Korrektur der Entlassdaten wegen des Fristablaufs nicht mehr akzeptieren müsse, könne auch die Rechnung nicht mehr korrigiert werden.

24
Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 25.01.2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

25
Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

26
Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Berufungsakte sowie der beigezogenen Akte des Sozialgerichts und der Beklagtenakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

27
Die form- und fristgerecht (§§ 143, 151 SGG) eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet.

28
Das Sozialgericht hat der Klage zu Recht stattgegeben. Der Klägerin steht gegen die Beklagte ein weiterer Vergütungsanspruch für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten in der geforderten Höhe zu.

29
Rechtsgrundlage des von der Klägerin geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V in Verbindung mit §§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz i.V.m. der vorliegend für den Behandlungs- und

Abrechnungsfall im Jahr 2017 maßgeblichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2017 (Fallpauschalenvereinbarung 2017 - FPV 2017) sowie der zwischen den Beteiligten geltenden Budget- und Entgeltvereinbarung Zwischen den Beteiligten steht außer Streit, dass in Bezug auf die in der Zeit vom 22.06. bis 02.07.2017 durchgeführte Behandlung der Versicherten die Hauptdiagnose T79.3 zutreffend ist und infolgedessen die DRG T01C in Ansatz zu bringen ist, wie sich dies auch für den Senat aus den vorhandenen Unterlagen und dem MDK-Gutachten vom 17.11.2017 ergibt.

30
Die streitgegenständliche Nachforderung von Krankenhausvergütung, die aus der geänderten DRG und der daraus folgenden erlöserhöhenden Abrechnung resultiert, ist von der Klägerin am 23.11.2017 geltend gemacht worden und damit weder verjährt noch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts verwirkt (vgl. dazu BSG, Urteil vom 05.07.2016, B 1 KR 40/15 R; BSG, Urteil vom 19.11.2019, B 1 KR 10/19 R, m. w. N.). Auch dies wird von Seiten der Beklagten nicht bestritten.

31
Streitig ist allein die Rechtsfrage, ob die Klägerin, die zunächst ausgehend von der DRG X05B einen Betrag von 3.232,20 € in Rechnung gestellt hatte, mit der nachträglichen korrekten Kodierung der DRG T01C und der darauf beruhenden Rechnungskorrektur vom 23.11.2017 aufgrund des § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 präkludiert ist. Dies ist nach Auffassung des Senats nicht der Fall.

32
§ 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 hat folgenden Wortlaut:

33
Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen sind nur einmalig möglich. 2Diese hat der MDK nur dann in seine Prüfung einzubeziehen, wenn sie innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens nach § 6 Absatz 2 an die Krankenkasse erfolgen. 3Sollte 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. 4In den Fällen der Prüfung vor Ort 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. 5Unabhängig hiervon kann das Krankenhaus bei Erweiterung des Prüfgegenstandes nach § 6 Absatz 3 Satz 6 eine einmalige Korrektur oder Ergänzung des Datensatzes innerhalb von 5 Monaten nach dieser Erweiterung vornehmen, die Sätze 3 und 4 gelten entsprechend. 6Je nach Eingang der Korrektur bzw. der Ergänzung verlängert sich die Gesamtprüffrist nach § 8 Satz 3 entsprechend. 7§ 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V findet auf Prüfungen, die aufgrund dieser Korrekturen nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führen, keine Anwendung.

34
Dieser Regelung lässt sich nicht entnehmen, dass eine nachträgliche Anpassung der Kodierung und der Rechnung an das Ergebnis des MDK-Prüfverfahrens nach § 275 Abs. 1c SGB V (in der bis 31.12.2019 geltenden Fassung - a.F.) ausgeschlossen wäre. Im Übrigen sprechen sowohl der Wortlaut als auch systematische Erwägungen dagegen, dass § 7 Abs. 5 PrüfvV die Vergütung betreffende materielle Ausschlussfristen enthält.

35
§ 7 Abs. 5 PrüfvV befasst sich nach seinem eindeutigen Wortlaut nur mit einer Einbeziehung von Korrekturen und Ergänzungen von Datensätzen in die nach § 275 Abs. 1c SGB V vorgesehene Prüfung durch den MDK. Die vorliegende Rechnungskorrektur wurde der Beklagten aber erkennbar nicht zu dem Zweck übermittelt, dass der MDK diese „Datensatzkorrektur“ in seine Prüfung miteinbeziehen möge, zumal die Prüfung zu diesem Zeitpunkt bereits beendet war und die Datensatz- bzw. Rechnungskorrektur auf dem Ergebnis dieser Prüfung beruhte.

36
Entgegen der Auffassung der Beklagten kommt in der Vorschrift des § 7 Abs. 5 PrüfvV auch nicht zum Ausdruck, dass eine Umsetzung des vom MDK gewonnenen Prüfergebnisses dann ausgeschlossen wäre, wenn sich hiernach ein höherer Rechnungsbetrag ergibt (so auch LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 13.08.2018, L 5 KR 155/18 NZB; Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 10.12.2019, L 11 KR 794/19).

37

Satz 2 des § 7 Abs. 5 PrüfvV regelt nach seinem klaren Wortlaut die Frist, innerhalb der eine Datensatzkorrektur oder -ergänzung durch das Krankenhaus an die Krankenkasse für eine Einbeziehung in die Prüfung durch den MDK erfolgt sein muss („Diese hat der MDK nur dann in seine Prüfung einzubeziehen, wenn …"). Hält das Krankenhaus diese Frist nicht ein, hat es keinen Anspruch darauf, dass der MDK den geänderten oder korrigierten Datensatz bei seiner Prüfung berücksichtigt. Eine darüberhinausgehende Rechtsfolge, insbesondere die, dass das Krankenhaus nach Beendigung der MDK-Prüfung nicht mehr berechtigt ist, in den Grenzen der Verjährung und Verwirkung weitere Krankenhausvergütung nachzufordern, kann dem Wortlaut des § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV nicht entnommen werden (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil v. 17.04.2019, L 5 KR 1522/17, zum gleichlautenden § 7 Abs. 5 Satz 2 PrüfvV in der Fassung vom 01.09.2014).

38
Dies gilt auch für die nachfolgenden Sätze 3 und 4 des § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016. Auch wenn hier eine andere Formulierung als in Satz 2 gewählt worden ist („…, ist eine Korrektur oder Ergänzung von Datensätzen nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK möglich" bzw. „…mit der Maßgabe Anwendung, dass eine Korrektur oder Ergänzung nur bis zum Abschluss der Prüfung vor Ort möglich ist"), können die Sätze 3 und 4 des § 7 Abs. 5 PrüfvV nicht losgelöst vom vorangehenden Satz 2 verstanden werden, zumal sie sich explizit auf diesen beziehen: sie modifizieren die in Satz 2 gesetzte Fünf-Monatsfrist für den Fall, dass eine Begutachtung durch den MDK schon vor Ablauf von 5 Monaten nach Einleitung des Prüfverfahrens beendet sein sollte bzw. für den Fall einer Prüfung vor Ort. Gegenstand des § 7 Abs. 5 Sätze 3 und 4 PrüfvV ist daher ebenfalls allein die nachträgliche Datensatzkorrektur im MDK-Prüfverfahren. Eine Aussage zur nachträglichen Rechnungskorrektur im Abrechnungsverfahren bzw. zum Ausschluss einer Vergütung wird nicht getroffen.

39
Soweit die Beklagte der Auffassung ist, dass es sich bei den Fristenregelungen des § 7 Abs. 5 PrüfvV 2016 um materiell-rechtliche Ausschlussfristen handele, was sich insbesondere an der Formulierung des Satzes 3 zeige, und daher jegliche Korrekturen und Ergänzungen von Datensätzen nur bis zum Ende der Begutachtung durch den MDK möglich seien - auch solche, die auf dem Ergebnis der Prüfung durch den MDK beruhen, vermag dies nicht zu überzeugen. Diese Auslegung übersieht die Bezugnahme der Sätze 3 und 4 auf Satz 2 und verkennt den systematischen Gesamtzusammenhang, in dem die Regelung des § 7 Abs. 5 PrüfvV steht: § 7 PrüfvV regelt die „Durchführung der Prüfung" und ist Bestandteil einer „Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V". Die PrüfvV ist keine Vereinbarung über die Abrechnung von Krankenhausbehandlungen. Da § 7 Abs. 5 PrüfvV - anders als etwa § 7 Abs. 2 PrüfvV - auch keine ausdrückliche Aussage zu Konsequenzen für Vergütungen trifft für den Fall, dass die dort geregelten Fristen nicht eingehalten werden, kann weder aufgrund des Wortlauts noch aufgrund systematischer Erwägungen von einer materiellen Ausschlussfrist ausgegangen werden.

40
Wie das SG zutreffend ausgeführt hat, gebieten auch Sinn und Zweck des § 7 Abs. 5 PrüfvV keinen Ausschluss einer an das Prüfergebnis des MDK angepassten nachträglichen Rechnungskorrektur. Sinn und Zweck von § 7 Abs. 5 PrüfvV ist es, die Prüfung durch den MDK zügig zum Abschluss bringen zu können. Das Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V a. F. Verfahren soll Ungereimtheiten, die der Krankenkasse auffallen, möglichst umgehend aufklären. Wird - wie hier - lediglich das Ergebnis der MDK-Prüfung umgesetzt und werden Kodierung und Abrechnung entsprechend geändert, führt dies weder zu einer Verzögerung des Prüfverfahrens noch macht es eine weitere Prüfung durch den MDK erforderlich.

41
Die Berufung war daher zurückzuweisen.

42
Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 VwGO.

43
Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG).

44
Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs. 1 i.V.m. § 52 Abs. 1 und 3 GKG.