

S 12 KR 171/17

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Kassel (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
12
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12 KR 171/17
Datum
14.02.2018
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 221/18
Datum
28.05.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 24/20 R
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zu möglichen Einwendungs- und Ausschlussfristen in Abrechnungsrechtsstreiten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse nach § 7 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfVV), Fortführung von Sozialgericht Kassel, Gerichtsbescheide vom 25. November 2016 – S 12 KR, 512/15 und [S 12 KR 594/15](#), juris

1. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 1.166,00 Euro zzgl. Zinsen hieraus in Höhe von 5%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Q-bank seit dem 28. August 2015 zu zahlen.
2. Die Beklagte hat einschließlich der Kosten der Klägerin insgesamt die Kosten des Rechtsstreites zu tragen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die beklagte Krankenkasse verpflichtet ist, der Klägerin als Krankenhausträgerin des A-Krankenhauses aus Anlass einer dortigen vollstationären Krankenhausbehandlung eines/einer/verschiedener, nicht namentlich benannter Versicherten der Beklagten weitere 1.166,00 Euro zzgl. Zinsen hieraus in Höhe von 5%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Q-bank seit dem 28. August 2015 zu zahlen.

Die 19xx geborene, bei der Beklagten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherte B. befand sich vom 20. bis 22. Mai 2015 in vollstationärer Krankenhausbehandlung im A-Krankenhaus, eines Krankenhauses im Verbund der C Holding AG. Dort konkret im Interdisziplinären Brustzentrum des Krankenhauses, wobei die vollstationäre Aufnahme der Versicherten B. wiederum über die Interdisziplinäre Zentrale Notaufnahme des A-Krankenhauses erfolgt war. Diagnostisch hatte dem bei lokalem Progress und einem Zustand nach Mamma-Karzinom 2012 sowie einem Lokalrezidiv 2014 eine pulmonale Metastasierung zugrunde gelegen. Insoweit waren eine vollstationäre Diagnostik mittels Laborwertbestimmung und - jeweils noch am Aufnahmetag - ein CT von Thorax und Abdomen erfolgt. Darüber hinaus ein psychiatrisches Konzil sowie eine Echokardiographie am 22. Mai 2015, wobei die Versicherte schließlich am 22. Mai 2015 um 12:29 Uhr mit Planung eines weiteren Eingriffs entlassen worden war.

Von der Klägerin der Beklagten aus Anlass der vorgenannten vollstationären Krankenhausbehandlung in Rechnung gestellt worden waren schließlich unter dem 27. Mai 2015 insgesamt 2.078,64 Euro. Dies auf der Grundlage eines fall-/tagesbezogenen Entgelts nach der einschlägigen Fallpauschalen-Vereinbarung 2015 auf der weiteren Grundlage u.a. der DRG E71C (Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als 1 Belegungstag, mit äußerst schweren CC).

Nach sodann zunächst erfolgtem Rechnungsausgleich durch die Beklagte, die Rechnung war am 28. Mai 2015 bei der Beklagten eingegangen, gab diese schließlich unter dem 17. Juni 2015 eine Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Auftrag, wobei geprüft werden sollte, ob hier die Überschreitung der unteren Grenzverweildauer bzw. das Erreichen der unteren Grenzverweildauer medizinisch begründet gewesen sei. Gleichzeitig zeigte die Beklagte der Klägerin unter demselben Datum die Einleitung des Prüfverfahrens und die Beauftragung des MDK als solches an, wobei die Beklagte als Rechtsgrundlagen hierfür auf die §§ 4 Satz 1, 6 Abs. 1e der Prüfverfahrensverordnung (PrüfVV) verwies. Weiter führte die Beklagte insoweit aus, dass ihr auf der Grundlage der ihr nach § 301 Abs. 1 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) vorliegenden Daten die Verweildauer der o.a. Krankenhausbehandlung nicht nachvollziehbar sei und somit eine Fehlbelegungsprüfung angezeigt werde.

Noch unter dem 18. Juni 2015 zeigte dann auch der MDK der Klägerin unter Verweis auf [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) bzw. § 275 Abs. 1c SGB V an, dass ihn die Beklagte per Datenträgeraustausch mit Eingang am 17. Juni 2015 im o.a. Behandlungsfall mit einer Prüfung der o.a.

Fragestellung beauftragt habe. Insoweit bat der MDK die Klägerin um Übersendung von Anästhesieprotokollen, der ärztlichen Dokumentation (Anordnungen usw.), der Aufnahmedokumentation Arzt, der Aufnahmedokumentation Pflege, der ggf. vorhandenen Dekubitus-Dokumentation, von Fieber-/Tageskurven, Interventionsberichten, dem Krankenhausentlassungsbericht (Arztbrief), der Histologie, von Laborberichten/Mikrobiologie/Blutgasanalysen, Operationsberichten und dem Pflegebericht. Weiter war ausgeführt worden, dass, sollten darüber hinaus weitere Unterlagen für die Bewertung des Sachverhaltes relevant sein, auch diese den vorgenannten Unterlagen beizufügen seien. Diesbezüglich beziehe sich der MDK auf [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) iVm [§ 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) sowie auf die PrüfvV gemäß § 17c Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Die Prüfanzeige gelte dabei auch, falls es sich um eine ambulante Behandlung im Krankenhaus gehandelt habe. Sollte der MDK bis zum 16. Juli 2015 keinen Eingang feststellen, werde er den Auftrag der Beklagten zurückgeben. Verspätet eingegangene Unterlagen dürften für Fälle mit stationärer Aufnahme ab dem Jahr 2015 bei der Begutachtung nicht mehr berücksichtigt werden und gingen deshalb unbesehen an das Krankenhaus zurück.

Dem MDK tatsächlich vorgelegt worden waren seitens der Klägerin im Weiteren dann allein der Krankenhaus-Entlassungsbericht sowie der/die Laborbericht(e)/Mikrobiologie/Blutgasanalysen. Diese Unterlagen und die Daten der Beklagten nach [§ 301 SGB V](#) bildeten sodann die Beurteilungsgrundlage des unter dem 24. August 2015 sodann gefertigten MDK-Gutachtens, in dem Frau Dr. med. D. davon ausging, dass die vollstationäre Behandlung um einen Tag hätte verkürzt werden können. Die Verweildauer erschließe sich nicht in allen Teilen aus den vorliegenden Unterlagen. Die Diagnostik hätte zügiger erfolgen und am 21. Mai 2015 abgeschlossen werden können, so dass die Versicherte am 21. Mai 2015 hätte entlassen werden können. Dazu, woran Frau Dr. med. D. dies im Einzelnen konkret festmachte, enthielt ihr Gutachten selbst jedoch keine weiteren Ausführungen.

Die Beklagte nahm das Gutachten der Frau Dr. med. D. sodann zum Anlass, der Klägerin unter dem 25. August 2015 das Ergebnis der vorgenannten Prüfung mitzuteilen. Danach hätten die Behandlung der B. am Aufnahmetag und ihre Entlassung am Folgetag erfolgen können, was allein einen Belegungstag umfasst hätte. Zur weiteren Begründung war auf das beigegeführte MDK-Gutachten vom 24. August 2015 verwiesen und noch ausgeführt worden, dass sich hieraus ein Erstattungsanspruch in Höhe von 1.166,00 Euro ergebe, die Klägerin gebeten werde, ihre Daten dahingehend zu überprüfen und der Beklagten eine Rechnungsgutschrift sowie eine dem MDK-Gutachten entsprechende Rechnung zukommen zu lassen. Abschließend war ausgeführt worden, dass die Beklagte den für diesen Zeitraum bereits gezahlten Rechnungsbetrag intern verrechnet habe und den unstrittigen Rechnungsbetrag kurzfristig anweisen werde, wobei die Verrechnung bzw. Aufrechnung mit unstrittigen Rechnungen der Klägerin dann tatsächlich erfolgt ist am 27. August 2015 und seitens der Beklagten im vorgenannten Schreiben vom 25. August 2015 noch darauf hingewiesen worden war, dass die Entscheidung der Beklagten gemäß § 8 PrüfvV abschließend sei.

Unter dem 13. Oktober 2015 war die Klägerin gegenüber der Beklagten der erfolgten Einschätzung des MDK dann zunächst nochmals vorgerichtlich entgegengetreten. Die Versicherte hätte nicht früher entlassen werden können, da sie vital gefährdet gewesen sei und sich in einem schlechten Allgemeinzustand befunden habe. Es habe sich um eine Notfallaufnahme gehandelt, wobei die dem MDK zur Beurteilung fehlenden Unterlagen auch hätten nachgereicht werden können, was seitens der Beklagten jedoch abgelehnt werde. Danach bleibe der Klägerin nur das Klageverfahren. Eine Korrektur der Rechnung entsprechend dem MDK-Gutachten werde jedenfalls nicht erfolgen. Stattdessen sei eine Klageerhebung beabsichtigt, ohne dass sich die Beklagte hierzu im Weiteren selbst äußerte.

Die Klägerin hat sodann unter dem 27. April 2017 die vorliegende Klage erhoben, mit der sie gegenüber der Beklagten die Zahlung der aufgerechneten 1.166,00 Euro zzgl. Zinsen hieraus im ausgerichteten Umfang geltend macht.

Die Aufrechnung bzw. die dann tatsächlich erfolgte Teilzahlung allein in Höhe von 912,64 Euro seien rechtswidrig gewesen, so dass der Klägerin weitere 1.166,00 Euro zzgl. Zinsen zu zahlen seien. Entgegen der Beklagten und dem MDK sei die vollstationäre Krankenhausbehandlung der B. im gesamten Behandlungszeitraum vom 20. bis 22. Mai 2015 aus der hier maßgeblichen ex-ante-Sicht vollumfänglich medizinisch notwendig gewesen. B. sei am 20. Mai 2015 um 12:00 Uhr mittags erstmals stationär im Krankenhaus der Klägerin vorstellig geworden. Die bisherige Therapie seit der Erstdiagnose im Jahr 2012 sowohl hinsichtlich der Primärdiagnose als auch hinsichtlich der Rezidive sei vorher extern erfolgt. Zuvor hätte sich die Versicherte im Krankenhaus der Klägerin lediglich einmalig im April 2015 ambulant in der dortigen Brustsprechstunde vorgestellt gehabt. Am 20. Mai 2015 sei sie dann notfallmäßig bei akuter Dyspnoe mit dem Verdacht auf pulmonale Metastasen sowie einen Progress der Hautmetastasierung im Krankenhaus der Klägerin vollstationär aufgenommen worden. Zur Planung der weiteren Therapie sei ein Re-Staging mittels CT-Thorax/Abdomen angeordnet worden. Aufgrund der Symptomatik der B. sei die CT-Untersuchung notfallmäßig noch am Aufnahmetag um 20:40 Uhr durchgeführt worden. Aufgrund der dabei erhobenen Befunde sei die Indikation zu einer erneuten Chemotherapie gestellt worden. In Vorbereitung dessen sei am 22. Mai 2015 ein Herzecho durchgeführt worden. Es sei nicht ersichtlich, wie die Diagnostik noch zügiger hätte erfolgen sollen und können. Unabhängig davon hätte die Versicherte aufgrund ihrer vitalen Gefährdung und ihres schlechten Allgemeinzustandes nicht früher entlassen werden können, wobei der Klageschrift beigelegt waren u.a. der Aufnahmestatus der B. in der Interdisziplinären Zentralen Notaufnahme des Krankenhauses und der die streitige Krankenhausbehandlung der B. betreffende Entlassungsbericht vom 22. Mai 2015.

Gleichzeitig hat die Klägerin dann mit Eingang am 30. Mai 2017 auch noch die die vollstationäre Behandlung der B. betreffende Krankengeschichte vorgelegt, was das Gericht veranlasst hat, die Beklagte um Mitteilung zu bitten, ob insoweit Akteneinsicht beantragt werden.

Mit Eingang am 18. August 2017 ist die Beklagte der Klageerhebung entgegengetreten. Laut MDK könne die Nebendiagnose (ND) C7988 nicht nachvollzogen werden, was im Weiteren sowohl die Klägerin als dann auch das Gericht veranlasst hat, die Beklagte diesbezüglich um eine entsprechende Überprüfung zu bitten, nachdem hier allein die Verweildauer der o.a. Krankenhausbehandlung im Streit und eine Inrechnungstellung der vorgenannten Nebendiagnose erst gar nicht erfolgt sei.

Hierauf hat die Beklagte mit Eingang bei Gericht am 21. September 2017 Einsicht in die beigezogene Krankengeschichte beantragt. Dies u.a. zur Überprüfung des Tatbestandes des § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfvV durch den MDK, ohne dass die Beklagte dies näher erläutert hätte.

Nach Genehmigung der Akteneinsicht und Weiterleitung der Krankengeschichte durch die Beklagte an den MDK hat die Beklagte dann mit Eingang am 12. Januar 2018 unter Vorlage eines weiteren MDK-Gutachtens vom 27. Oktober 2017, gefertigt jetzt durch Frau Dr. E., an dem

von ihr geltend gemachten Klageabweisungsantrag festgehalten. Zwar sei mit dem vorgenannten Gutachten die stationäre Verweildauer auf Basis der nunmehr vorgelegten Daten vollständig nachzuvollziehen. Zu verweisen sei jedoch auf Seite 2 des Gutachtens und in diesem Zusammenhang auf § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfV. Insoweit hatte Frau Dr. med. E. unter Darlegung des sich aus der Krankengeschichte ergebenden Behandlungsverlaufs die stationäre Krankenhausbehandlung nunmehr in vollem Umfang als medizinisch notwendig angesehen. Sie sei nunmehr schlüssig nachvollziehbar. Hätte das Krankenhaus die am 18. Juni 2015 seitens des MDK angeforderten medizinische Unterlagen – so wie angefordert – vollständig vorgelegt, hätte sich das Klageverfahren erübrigt. U.a. angefordert gewesen seien die ärztliche Aufnahmedokumentation, die Fieberkurve der Versicherten und die ärztlichen Anforderungen, ohne dass das Krankenhaus dieser Anforderung nachgekommen gewesen wäre. Anhand dieser nunmehr zusätzlich vorliegenden medizinischen Informationen in Zusammenschau mit den bereits bisher vorgelegenen medizinischen Informationen könne die Verweildauer insgesamt bestätigt werden.

Nachdem die Beklagten die Auffassung vertreten hat, dass § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfV eine Ausschlussfrist beinhalte und deren Nichteinhaltung zum Anspruchsuntergang des streitigen Betrages führe, hat das Gericht dies - wie auch bereits in anderen zwischen den Beteiligten anhängigen Rechtsstreiten - zum Anlass genommen, im Rahmen eines schriftlichen rechtlichen Hinweises auf die Rechtsprechung der Kammer (Gerichtsbescheide vom 25. November 2016, [S 12 KR 512/15](#) und [S 12 KR 594/15](#), letzterer ebenfalls die vorliegend Beteiligten betreffend) hinzuweisen, wonach der Kammer auch hier im Zusammenhang mit einer Auseinandersetzung zur Rechtsqualität der PrüfV z.B. jegliche Prüfung dahingehend fehle, ob und inwieweit sich die Vertragspartner der PrüfV nach Lesart der Beklagten hier dann in einer Reihe von Fragen überhaupt noch im Rahmen der Ermächtigung des § 17c KHG bewegt hätten. Dies deshalb, weil sie letztlich nicht nur Verfahrensfragen, sondern im Ergebnis auch materielle Anspruchsausschlüsse geregelt hätten, die durch das SGB V ggf. erst gar nicht gedeckt wären. Nach § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG regelten der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Absatz 1c SGB V](#); in der Vereinbarung seien abweichende Regelungen zu [§ 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V](#) möglich. Nach Satz 2 hätten sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen; die [§§ 275 bis 283 SGB V](#) blieben im Übrigen unberührt. Komme eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande, treffe nach Satz 3 auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 die ausstehenden Entscheidungen. Nach Satz 4 sei die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Unmittelbar aus dem Gesetz lasse sich danach allein die Ermächtigung zur Regelung von Verfahrensfragen ableiten, wobei die vorgenannten Regelungen nach Auffassung des erkennenden Gerichts dann auch und gerade keine Ermächtigung zur Festlegung über die im SGB V ausdrücklich gesetzlich geregelten materiellen Einwendungs- und Ausschlussfristen hinaus beinhalteten. Eine solche Kompetenz/Legitimation käme den "Vertragspartnern" der PrüfV - weder für noch gegen die Beklagte - nicht zu, sie wäre nicht von § 17c Abs. 2 KHG gedeckt. In diesem Zusammenhang verwiesen sei auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19. April 2016, [B 1 KR 33/15 R](#), wonach dann auch über die gesetzliche Ermächtigung und [§ 275 SGB V](#) hinausgehende Leistungsausschlüsse, sollten solche aus der PrüfV tatsächlich herleitbar sein, ebenfalls zu einer Teilnichtigkeit auch der PrüfV führen dürften. Diese solle nämlich als Prüfverfahrenvereinbarung allein verfahrensrechtliche Fragen regeln; lediglich hierzu seien der GKV-Spitzenverband und die DKG gesetzlich ermächtigt und nicht darüber hinaus zur Normierung "übergesetzlicher" Leistungsausschlüsse.

Ebenfalls verwiesen hat das Gericht in diesem Zusammenhang auf das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 31. März 2017, [S 24 KR 230/16](#), wonach selbst dann, wenn man davon ausginge, dass z.B. ein OP-Bericht tatsächlich nicht innerhalb der Frist des § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV an den MDK übersandt worden sei, daraus weder eine Präklusion in medizinisch-tatsächlicher Hinsicht noch eine eingeschränkte Amtsermittlung durch das Gericht folge, da ein solcher Schluss der PrüfV nicht entnommen werden könne. Die Inhalte der PrüfV seien nach § 2 Abs. 2 PrüfV für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser zwar unmittelbar verbindlich. Diese Verbindlichkeit beziehe sich auch mit dem Sozialgericht Detmold aber nur auf das Prüfungsverfahren selbst, nicht aber auf ein sich hieran anschließendes Gerichtsverfahren. Wenn die Vertragsparteien der PrüfV eine solche weitreichende Rechtsfolge beabsichtigt hätten, hätten sie das auch ausdrücklich regeln müssen. Die PrüfV als untergesetzliche Norm sei nicht geeignet, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses nach dem SGB V einzuschränken. Nach der Rechtsprechung des BSG etwa im vorgenannten Urteil vom 19. April 2016 - seien materiell-rechtliche Ausschlussfristen zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft unzulässig, weil sie zur Folge hätten, dass Krankenkassen verpflichtet würden, im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot Vergütungen auch für nicht erforderliche Krankenhausbehandlungen zu zahlen, und zudem gehindert seien, eigene Erstattungsansprüche im Falle von ungerechtfertigten Überzahlungen geltend zu machen. Gleiches müsse auch für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser gelten. Dessen ungeachtet sei fraglich, ob § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV überhaupt als Ausschlussfrist konzipiert sei, weil die Vertragsparteien der PrüfV darin - anders als etwa in § 6 Abs. 2 Satz 3 PrüfV und § 8 Satz 4 PrüfV - nicht davon sprechen würden, dass es sich um eine Ausschlussfrist handele. Darauf komme es aber im Ergebnis nicht an, weil auch die Konzeption als Ausschlussfrist keine Auswirkungen auf das Gerichtsverfahren habe.

Abschließend hat das Gericht in den beim Sozialgericht Kassel anhängigen Rechtsstreiten S 12 KR 658/16 und S 12 KR 693/16 im Rahmen von Beiladungen nach den [§§ 75 Abs. 1 Satz 1, 106 Abs. 3 Nr. 6](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingegangene Stellungnahmen der DKG vom 12. Juni 2017 und 3. Juli 2017 sowie des GKV-Spitzenverbandes vom 31. Januar 2018 zu den vorgenannt streitigen Fragen auch hier zum Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreites gemacht.

Die Klägerin hat sich die Hinweise des Gerichts zu eigen gemacht und trägt insoweit durch ihre Prozessbevollmächtigte in der mündlichen Verhandlung unter Verweis auf weitere, von ihr in der erkennenden Kammer geführte Klageverfahren vor, dass sich aus § 7 PrüfV kein Anspruchsausschluss, Beweisverwertungsverbot oder dergleichen ergebe. Insoweit handele es sich bei der in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV geregelten Frist bereits nicht um eine Ausschlussfrist. Zum anderen seien § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfV nicht von der Ermächtigungsnorm des § 17c Abs. 2 KHG gedeckt. Dass die Frist des § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV keine Ausschlussfrist beinhalte, folge bereits den §§ 6 und 8 PrüfV, in denen ausdrücklich klargestellt sei, dass es sich bei den dort aufgeführten Frist um Ausschlussfristen handele, in § 7 Abs. 2 PrüfV eine entsprechende Klarstellung dann jedoch fehle. Im Übrigen dürften nach § 31 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil (SGB I) Rechte und Pflichten in den Sozialleistungsbereichen des Sozialgesetzbuches nur begründet, festgestellt, geändert oder aufgehoben werden, soweit ein Gesetz es vorschreibe oder zulasse. Die Anforderungen an eine gesetzliche Ermächtigungsgrundlage zur untergesetzlichen Normsetzung bestünden nach [Art. 80 Abs. 1 Satz 2](#) Grundgesetz (GG) darin, dass Inhalt, Zweck und Ausmaß der erteilten Ermächtigung im Gesetz bestimmt würden. Sowohl der Gesetzesvorbehalt als auch die Wesentlichkeitstheorie würden dabei insbesondere auch für untergesetzliche

Normen bzw. Normenverträge/Normsetzungsverträge auf Selbstverwaltungsebene gelten. Insoweit müsse sich die PrüfvV im Ergebnis daran messen lassen, ob sie die in § 17c Abs. 2 KHG vom Gesetzgeber vorgegebenen Zweck mit den vom Gesetzgeber vorgegebenen Inhalten in dem vom Gesetzgeber vorgegebenen Ausmaß verfolge und sich darauf beschränke und nicht wesentliche Regelungen treffe, die dem Gesetzgeber vorbehalten seien. Hier bestehe der Zweck der den Selbstverwaltungspartnern in § 17c Abs. 2 KHG erteilten Ermächtigung darin, Konflikte zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen zu vermeiden/vermindern, die darauf beruhten, dass Krankenkassen ungezielt und übermäßig Einzelfallprüfungen durch den MDK durchführen ließen und dass diese Einzelfallprüfungen oftmals nicht zeitnah durchgeführt worden seien. Es gehe also darum, den Krankenhäusern durch Einzelfallprüfungen entstehenden Prüfaufwand zu vermindern. § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfvV generierten dann jedoch vom Gesetzgeber nicht vorgesehene Mitwirkungspflichten für die Krankenhäuser, wodurch sich der Prüfaufwand für die Krankenhäuser nicht vermindere, sondern im Gegenteil erhöhe. Auch inhaltlich halte sich § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfvV nicht in dem durch die Ermächtigungsgrundlage vorgegebenen Rahmen. Das Prüfverfahren werde insoweit nämlich nicht umfassend zur Disposition der Selbstverwaltungspartner gestellt, sondern es verbleibe grundsätzlich bei den gesetzlichen Vorgaben für das Prüfverfahren nach den §§ 275 - 283 SGB V. Lediglich die 6-wöchige Ausschlussfrist zur Einleitung der Einzelfallprüfung habe der Gesetzgeber zur Disposition der Selbstverwaltungspartner gestellt. Im Übrigen solle die Art und Weise der Einbindung des MDK weiterhin unter Beachtung der §§ 275 ff. SGB V stattfinden. Insoweit "springe" § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfvV über das vom Gesetzgeber vorgegebene Regelungsausmaß hinaus und setze sich über die Wesentlichkeitstheorie hinweg. Vor dem Hintergrund der sich aus dem SGB V ergebenden Vergütungsansprüche des Krankenhauses, die mit den Ansprüchen des Versicherten gegen seine Krankenkasse auf Krankenhausbehandlung korrespondierten und der den Krankenhäusern obliegenden Behandlungspflicht stelle die vorgenannte Regelung insoweit zumindest einen partiellen Vergütungsausschluss zu Lasten des Krankenhauses und insoweit einen grundrechtsrelevanten Eingriff in den Rechtskreis der Krankenhausträger dar, der dem parlamentarischen Gesetzgeber vorbehalten bleiben müsse. Der anderweitigen Auffassung des Sozialgerichts Köln im Urteil vom 4. Mai 2016, S 23 KN 108/15 KR sei nicht zu folgen. Das Sozialgericht Köln setze sich insoweit weder mit den rechtspolitischen Hintergründen von § 17c Abs. 2 KHG noch mit dem Wortlaut der Vorschrift selbst oder den (verfassungs-)rechtlichen Vorgaben auseinander. Auch mit der Gesetzesbegründung setze sich das Sozialgericht Köln nur teilweise auseinander, wonach abweichende Regelungen nach Satz 1 2. Halbsatz lediglich zur 6-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V getroffen werden können. Schließlich ergebe sich auch aus dem Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 22. November 2016, S 9 KR 285/16 nicht, dass § 7 PrüfvV einen Verlust des Anspruchs des Krankenhauses auf die über einen unstrittigen Betrag hinausgehende Krankenhausvergütung bewirken würde.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 1.166,00 Euro zzgl. Zinsen hieraus in Höhe von 5%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Q-bank seit dem 28. August 2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hält daran fest, dass die Klägerin keinen Anspruch auf Zahlung der weiteren o.a. 1.166,00 Euro habe. Mit den im Rahmen der Rechnungsprüfung auf Anforderung des MDK vorgelegten Unterlagen habe sich vollstationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit auf Seiten der B. allein für den 20. und 21. Mai 2015 anspruchsbegründend erschlossen. Eine notwendige vollstationäre Krankenhausbehandlung bis einschließlich 22. Mai 2015 sei aus den vorgelegten Unterlagen heraus nicht nachvollziehbar gewesen. Statt der zunächst insgesamt in Rechnung gestellten 2.078,64 Euro habe sich der Vergütungsanspruch der Klägerin danach allein auf 912,64 Euro belaufen, so dass eine Überzahlung in Höhe von 1.166,00 Euro eingetreten sei und die Beklagte danach in entsprechender Höhe einen Rückzahlungsanspruch gehabt habe. Die hier streitigen Teilzahlung/Aufrechnung sei danach zu Recht erfolgt. Hieran ändere sich auch nichts dadurch, dass der MDK und die Beklagte jetzt im Klageverfahren entgegen der ursprünglichen o.a. Einschätzung übereinstimmend vom Vorliegen vollstationärer Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit auf Seiten der B. für den Gesamtzeitraum vom 20. Mai bis 22. Mai 2015 ausgingen. Dies sei nämlich überhaupt erstmals mit der im Verlauf des Klageverfahrens erfolgten Akteneinsicht in die vom Gericht beigezogene Krankengeschichte der hier betroffenen Krankenhausbehandlung durch die Beklagte bzw. den MDK als solches nachvollziehbar gewesen. Insoweit vertrete die Beklagte die Rechtsansicht, dass das Prüfverfahren vorgerichtlich abgeschlossen gewesen sei und eine weitergehende inhaltliche Prüfung auch in einem Gerichtsverfahren - ausgeschlossen sei. Die hier streitige Verweildauer sei mit den Feststellungen des MDK nur auf der Basis von Patientenunterlagen medizinisch nachvollziehbar gewesen, die nachweislich bereits im Prüfverfahren explizit angefordert gewesen, durch die Klägerin aber dennoch nicht übermittelt worden seien. Nach Rechtsauffassung der Beklagten beinhalteten § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 SGB V eine Ausschlussfrist. Die Nichteinhaltung führe zum Anspruchsuntergang des streitigen Betrages. Dies entspreche auch den vom GKV-Spitzenverband herausgegebenen Hinweisen zur PrüfvV, wonach die vorgenannte Frist eine Ausschlussfrist darstelle. Dabei sei die fehlende Fristwahrung unmittelbar mit der Sanktion der Rechnungskürzung verknüpft und mache damit den Ausschlusscharakter deutlich. Ein nachträgliches Liefern von Unterlagen rechtfertige keinen nachträglichen Vergütungsanspruch. Die entsprechende Regelung sei entgegen der Klägerin auch von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Abs. 2 KHG umfasst. Insoweit würden nach der Gesetzesbegründung bundeseinheitliche Konkretisierungen zu notwendigen Regelungsinhalten vorgegeben. Die Benennung der Regelungsinhalte sei ausdrücklich nicht abschließend. Intention des Gesetzgebers sei es gewesen, Konflikte zwischen den Vertragspartnern zu vermeiden und die Eigenverantwortung der Vertragspartner zu stärken, um durch vereinbarte Vorgaben gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermindern. Bestätigt sehe sich die Beklagte dabei auch durch das o.a. Urteil des Sozialgerichts Köln vom 4. Mai 2016.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte insgesamt, wegen des Inhaltes der o.a. Stellungnahmen der DKG und des GKV-Spitzenverbandes konkret auf Bl. 56 - 93 sowie Bl. 199 - 227 der Gerichtsakte.

Dort führt die DKG unter weiterer Darlegung u.a. aus, dass § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV (2014) keine Ausschlussfrist beinhalte. Die in § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfvV (2014) getroffene Regelung, dass die Nichtübermittlung der angeforderten Unterlagen innerhalb dieser Frist dazu führe, dass das Krankenhaus nur noch einen Anspruch auf Vergütung des unstrittigen Teils des Rechnungsbetrages habe, sei nach Auffassung der DKG eine reine verfahrenslenkende Maßnahme und habe keinen materiell-rechtlichen Regelungsgehalt. § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV (2014) beinhalte eine Frist, die das Krankenhaus im Rahmen eines MDK-Prüfverfahrens einzuhalten habe. Diese Frist diene der Verfahrensbeschleunigung, was aus Sicht der DKG von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Abs. 2 KHG gedeckt sei, da dort explizit eine Regelung zur Prüfdauer vom Gesetzgeber verlangt werde und aus dem Krankenhausbereich mehrfach Kritik an den langen Prüfdauern seitens des MDK und der

Krankenkasse geäußert worden sei. Die Nichteinhaltung dieser Aktenübermittlungsfrist beende daher das MDK-Prüfverfahren, aber eben nur das Prüfverfahren, so dass die Krankenkasse aufgrund der Nichteinhaltung der Übermittlungsfrist ihre leistungsrechtliche Entscheidung treffen und ggf. den streitigen Rechnungsbetrag aufrechnen könne. Dies bedeute in der Konsequenz aber nicht einen endgültigen Verlust des streitigen Vergütungsanspruchs des Krankenhauses, sondern vielmehr, dass das Krankenhaus entweder zur Heilung des Fristversäumnisses die angeforderten Unterlagen nachsenden und das Verfahren wieder eröffnen könne oder aber das Krankenhaus direkt eine Klage gegen die erfolgte Aufrechnung erheben und die angeforderten Unterlagen im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens vorliegen könne. Der Regelungsgehalt des § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfV (2014) sei somit keinesfalls materiell-rechtlich im Sinne eines Anspruchsverlustes zu sehen, sondern rein verfahrensrechtlich in Form der Möglichkeit der sofortigen Beendigung des Prüfverfahrens. Für die Richtigkeit dieser Auffassung spreche auch die Neufassung des § 7 Abs. 2 durch die PrüfV (2017). Dort sei in § 7 Abs. 2 Satz 7 geregelt, dass in dem Fall, in dem das Krankenhaus die angeforderten Unterlagen nicht innerhalb der Frist des § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV (2017) übermittele, das Prüfverfahren nach Zahlung von 300,00 Euro fortgesetzt werden könne. An der grundsätzlichen Konstruktion habe sich nichts geändert. Das Krankenhaus habe innerhalb einer gesetzten Frist – die von 4 auf 8 Wochen verlängert worden sei – die vom MDK angeforderten Unterlagen an diesen zu übermitteln. Geschehe dies innerhalb der Frist nicht, habe das Krankenhaus ebenfalls einen Anspruch lediglich auf den unstreitigen Rechnungsbetrag. Durch Zahlung von 300,00 Euro könne das Prüfverfahren jedoch fortgesetzt werden. Dies bedeute, dass bei erfolglosem Ablauf der Frist nach § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV (2014) bzw. § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV (2017) keinesfalls der Anspruch materiell-rechtlich untergegangen, sondern lediglich das Prüfverfahren beendet worden sei. Sollte dem nicht so sein, wäre die in der PrüfV 2017 getroffene Regelung des § 7 Abs. 2 Satz 7 sinnentleert, da dort nicht eine neue MDK-Prüfung geregelt werde, sondern eine Fortsetzung der bestehenden MDK-Prüfung. Diese Regelung mache nur Sinn, wenn die eingeleitete MDK-Prüfung durch Nichteinhaltung der Übermittlungsfrist beendet worden sei, nicht aber, wenn durch das Nichteinhalten der Frist bereits der Anspruch materiell-rechtlich untergegangen wäre. Dies sei ein weiteres starkes Indiz dafür, dass es sich bei den in Streit stehenden Regelungen des § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfV (2014) lediglich um verfahrensrechtliche Regelungen handle. Vor diesem Hintergrund sei die DKG auch nach wie vor davon überzeugt, sich innerhalb der Grenzen der Ermächtigungsnorm des § 17c Abs. 2 KHG bei Abschluss der PrüfV (2014) gehalten zu haben, da es sich um eine reine verfahrensrechtliche Regelung in Form der Verfahrensbeendigung handle.

Der GKV-Spitzenverband sieht in den vorgenannten Frist selbst dagegen Ausschlussfristen, die durch die gesetzliche Ermächtigung in § 17c Abs. 2 KHG gedeckt seien und führt hierzu unter jeweils weiterer Darlegung u.a. aus, dass die nicht abschließende Aufzählung in § 17c Abs. 2 Satz 2 KHG u.a. ausdrücklich die Vereinbarung von Regelungen zur Prüfungsdauer vorsehe. Um einen Endpunkt für die Prüfung festlegen zu können, müssten naturgemäß auch die einzelnen Verfahrensschritte zeitlich begrenzt werden. Damit seien die Vereinbarungspartner verpflichtet gewesen, das gesamte Verfahren an klare Fristen zu binden. Für die vom Gesetzgeber angestrebte Konfliktverringerung bei der Abrechnungsprüfung sollte insbesondere auch ein Vorverfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern vor der Einschaltung des MDK etabliert werden. Vor diesem Hintergrund erschließe sich die Regelung des § 17 Abs. 2 Satz 1 2. Halbsatz KHG, die ausdrücklich ein Abweichen von der 6-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) zur Einleitung der MDK-Prüfung ermögliche. Der Umkehrschluss der Klägerin, dass die Vertragspartner nicht berechtigt gewesen seien, weitere Fristen festzulegen, widerspreche dem Wortlaut des § 17c Abs. 2 Satz 2 KHG, der gerade die Festlegung der Prüfungsdauer als notwendigen Vereinbarungsinhalt vorsehe. Dieser gesetzliche Auftrag erfordere eben auch die Festlegung einer Frist für die zur MDK-Prüfung erforderliche Unterlagenübermittlung durch das Krankenhaus. Aus dem Verweis auf die [§§ 275 - 283 SGB V](#) in § 17c Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz KHG ergebe sich nichts anderes. Damit werde lediglich vorgegeben, dass die Art und Weise der Einbindung des MDK unter Beachtung der [§§ 275 ff. SGB V](#) stattzufinden habe. Denn § 17c Abs. 2 Satz 2 KHG schreibe ausdrücklich auch die Begutachtung durch den MDK betreffende Regelungen vor. Eine Festlegung der einzelnen Verfahrensschritte auch im Hinblick auf den MDK einschließlich von Fristen sei gerade der Auftrag des § 17c Abs. 2 KHG an die Vertragspartner. Der insoweit vertretenen Rechtsauffassung stehe auch das Urteil des BSG vom 19. April 2016 nicht entgegen. Nach dem dort über einen Behandlungsfall aus dem Jahr 2009 entschieden worden sei, habe das Gericht die Änderungen in § 17c Abs. 2 KHG durch das Beitragsschuldengesetz noch nicht berücksichtigen können, wobei dem vom BSG entschiedenen Fall auch keine Prüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) zugrunde gelegen habe. § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG ermächtige den GKV-Spitzenverband und die DKG gerade dazu, das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) zu regeln. Insoweit stützten die Ausführungen des BSG im vorgenannten Urteil die Rechtsauffassung des GKV-Spitzenverbandes sogar. Demnach führe der ungenutzte Ablauf der 6-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) im Hinblick auf die einzelfallbezogene Auffälligkeitsprüfung dazu, dass Krankenkasse und MDK nach Ablauf der Frist auf die Daten beschränkt seien, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung - deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt - jeweils zur Verfügung gestellt habe. Eine solche Beschränkung auf die vorliegenden Informationen sei auch Folge der in der PrüfV geregelten Frist zur Übermittlung der Unterlagen durch das Krankenhaus. Die vom BSG konstatierte Unzulässigkeit materiell-rechtlicher Ausschlussfristen zu Lasten der Versichertengemeinschaft seien nicht auf die Regelungen des § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfV übertragbar. Die Unzulässigkeit sei Folge der Rechtsprechung des 1. Senats des BSG, wonach das Wirtschaftlichkeitsgebot verbiete, Überprüfungsmöglichkeiten der Krankenkassen gegenüber Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser über die allgemeinen gesetzlichen Rahmenvorgaben hinaus zeitlich einzuschränken. Materiell-rechtliche Ausschlussfristen zu Lasten der Versichertengemeinschaft hätten nämlich zur Folge, dass Krankenkassen verpflichtet würden, im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot Vergütungen auch für nicht erforderliche Krankenhausbehandlungen zu zahlen und zudem gehindert seien, eigene Erstattungsansprüche im Falle von ungerechtfertigten Überzahlungen geltend zu machen. Bei der Regelung in § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfV handle es sich insoweit nicht um einen nach der BSG-Rechtsprechung unzulässigen Einwendungsausschluss. Die Vorschrift verstoße gerade nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, sondern diene seiner Einhaltung. Würden dem MDK die erforderlichen Unterlagen durch das Krankenhaus nicht fristgemäß übermittelt, könnten diese nach alledem weder dem MDK noch in einem anschließenden Gerichtsverfahren vorgelegt werden. Diese Rechtsfolge ergebe sich unmittelbar aus der hier anzuwendenden Vorschrift des § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV. Aufgrund des Informationsgefälles zwischen Krankenhaus und Krankenkasse bzw. MDK könne ohne die erforderlichen Behandlungsunterlagen nicht geprüft werden, ob der streitige Rechnungsbetrag überhaupt durch einen berechtigten Vergütungsanspruch des Krankenhauses begründet sei. Ein etwaiger Vergütungsanspruch des Krankenhauses im Hinblick auf den strittigen Rechnungsbetrag sei daher erloschen.

Weiterhin wird Bezug genommen auf die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten, deren jeweils wesentlicher, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt gleichfalls Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist nach der ständigen Rechtsprechung der Kammer, die sich an die höchstrichterliche Rechtsprechung anlehnt, im

Leistungserbringungsrecht und damit als Klage im Gleichordnungsverhältnis als allgemeine (echte) Leistungsklage zulässig (vgl. hierzu bereits BSG in [SozR 3 - 2500 § 39 Nr. 4](#), BSG, Urteil vom 17. Mai 2000, [B 3 KR 33/99 R](#) und BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001, [B 3 KR 11/01 R](#)). Im Übrigen ergibt sich die Zuständigkeit der Sozialgerichte für Streitigkeiten aus dem Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse insoweit aber auch ausdrücklich aus [§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGG](#), in der im Zeitpunkt der Klageerhebung geltenden Fassung, der u.a. auch Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in Angelegenheiten des SGB V der Sozialgerichtsbarkeit zuweist.

Die Klage ist auch insgesamt begründet. Die Beklagte ist verpflichtet, der Klägerin 1.166,00 Euro zzgl. Zinsen hieraus in Höhe von 5%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Q-bank seit dem 28. August 2015 zu zahlen, da einerseits im Anschluss an die schriftlichen Ausführungen im o.a. Zweitgutachten des MDK vom 27. Oktober 2017 auch zur Überzeugung der Kammer im streitigen Zeitraum mit der Rechtsprechung des BSG auf Seiten der Versicherten B. insgesamt vollstationäre Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit im rechtlichen Sinne nach [§ 39 SGB V](#) vorgelegen hat und eine allein ambulante/untervollstationäre Diagnostik und Behandlung nicht ausgereicht hätten, um den Zielen des [§ 39 SGB V](#) gerecht zu werden und andererseits Rechtsgründe, die hier einem vollständigen Rechnungsausgleich zumindest im Klageverfahren vermeintlich entgegenstünden, nicht vorliegen, der Beklagten zumindest mit dem Zweitgutachten des MDK im Anschluss an den ursprünglichen vollständigen Rechnungsausgleich ein aufrechenbarer Erstattungsanspruch also nicht zustand. Da die ursprüngliche Rechnungsstellung durch die Klägerin nach entsprechender weiterer Überprüfung danach im Ergebnis und insoweit auch der Höhe nach, worauf allein abzustellen ist, im Übrigen nicht zu beanstanden war, die entsprechenden Kosten von der Beklagten also zu Recht zunächst auch in voller Höhe beglichen worden sind bzw. zu begleichen waren, ist dann danach auch die spätere Verrechnung/Aufrechnung zu Unrecht erfolgt und die Beklagte ihrerseits hieraus folgend zur Zahlung der aufgerechneten 1.166,00 Euro zzgl. Zinsen im ausgeurteilten Umfang an die Klägerin verpflichtet.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs selbst ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 7 Abs. 1 Satz 1, 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntG\)](#) und [§ 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge) konkretisiert, wobei sich die Höhe der Vergütung aus einem diagnosebezogenen, pauschalierenden Vergütungssystem, bestehend aus einer Fallpauschalenvereinbarung (FPV) und einem Fallpauschalenkatalog, hier in der im Jahr 2015 geltenden Fassung ergibt (vgl. hierzu und zum folgenden zuletzt BSG, Urteile vom 19. Dezember 2017, [B 1 KR 17/17 R](#) und [B 1 KR 18/17 R](#)).

Dem liegt sodann ein System zugrunde, bei dem in einem als "Groupierung" bezeichneten Prozess aus den ermittelten Diagnosen, Operationen und Prozeduren mithilfe eines zertifizierten Softwareprogramms unter Einbeziehung von weiteren Variablen (Alter des Patienten, Verweildauer usw.) eine DRG-Pauschale und die dafür zu zahlende Vergütung ermittelt werden (vgl. hierzu im Einzelnen BSG, wie vor). Die insoweit maßgeblichen Vergütungsregelungen, insbesondere die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), sind dabei eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen und Bewertungen und Bewertungsrelationen außer Betracht zu bleiben. Denn eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt (stRspr, vgl. BSG, Urteil vom 8. November 2011, wie vor und BSG, Urteil vom 25. November 2010, [B 3 KR 4/10 R](#)). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes ([§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG](#)) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen.

Der Klägerin stünde danach ein Vergütungsanspruch über den letztlich von der Beklagten zumindest im Ergebnis getragenen o.a. Betrag iHv 912,64 Euro hinaus nicht zu, wenn die Beklagte für ihre nach [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) erfolgte Aufrechnung (vgl. hierzu BSG SozR 4-2500 § 264 Nr. 3 RdNr 16; BSG SozR 4-5562 § 11 Nr. 2; BSG SozR 4-7610 § 366 Nr. 1) einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch (vgl. dazu allgemein [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, RdNr 9 ff mwN) in Höhe von 1.166,00 Euro als Gegenforderung gehabt hätte, was nicht der Fall ist.

Unter Zugrundelegung der vorgenannten rechtlichen Vorgaben, stellt sich die ursprüngliche o.a. Inrechnungstellung, was seitens der Beklagten ebenfalls als solches nicht weiter bestritten wird, sondern im Verlauf des Klageverfahrens uneingeschränkt anerkannt worden ist, nämlich zunächst als insgesamt rechtmäßig dar.

Die Vergütung erfolgt insoweit auch vorliegend nach Fallpauschalen, wobei der Fallpauschalenkatalog nach Fallgruppen (DRG) geordnet ist (vgl. BSG wie vor), was mit dem BSG - auch rechtlich - im Einzelnen u.a. folgendes beinhaltet:

... Die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG erfolgt in zwei Schritten: Zunächst wird die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des BMG herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach [§ 301 SGB V](#)" (OPS-301) verschlüsselt ([§ 301 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind die für den Tag der stationären Aufnahme geltenden Abrechnungsregeln. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der Fallgruppenzuordnung (DRG-Zuordnung) liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde. Auf der Basis eines "Entscheidungsbaumes" wird anhand verschiedener Kriterien eine exakte DRG-Zuordnung vorgenommen. Zur Einstufung in die jeweils abzurechnende DRG werden Software-Programme (Grouper) eingesetzt, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), einer Einrichtung der Selbstverwaltungspartner, zertifiziert sind. Grundlage hierfür ist ein entsprechendes Definitionshandbuch, in dem für jede Fallpauschale die jeweils maßgebliche Entscheidungslogik in Form von Ablaufdiagrammen festgehalten ist.

... Bedeutsam für diese Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG sind auch Nebendiagnosen, soweit ihnen die Vertragsbeteiligten zur angemessenen Bewertung von Versorgungsbesonderheiten Abrechnungsrelevanz beigemessen haben. Für Begleiterkrankungen ist das nach den hier geltenden Kodierrichtlinien der Fall, wenn sie einen über die Hauptdiagnose hinausgehenden Versorgungsaufwand bedingen und nach der DRG-Entscheidungslogik eine höhere Bewertung der erbrachten Leistungen nach sich ziehen. Fehlt es aber an einer dieser Voraussetzungen, ist mit der Fallpauschale für die Grunderkrankung auch der Versorgungsaufwand für etwaige Begleiterkrankungen vollständig mit abgegolten.

... Relevant für den Vergütungsanspruch eines Krankenhauses sind Besonderheiten des Versorgungsgeschehens im DRG-Fallpauschalensystem prinzipiell nur in dem Rahmen, der von den Selbstverwaltungspartnern ausdrücklich vorgegeben ist. Maßgeblich für die Krankenhausvergütung ist hiernach nicht der tatsächlich angefallene und nach Selbstkostendeckungsprinzipien zu bewertende Krankenhausaufwand, sondern der Behandlungsanlass und der zu dessen Versorgung nach der Wertung der Vertragspartner typischerweise erforderliche Aufwand. Demgemäß können die Krankenhäuser für die in das DRG-System fallenden Versorgungsmöglichkeiten ausschließlich die DRG-Fallpauschalen nach dem DRG-Regelwerk und die weiteren Entgelte nach dem Katalog des § 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntG abrechnen. Damit sind nach ausdrücklicher Regelung des § 7 Abs. 1 Satz 2 KHEntG "alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen" abgegolten. Das sind nach der Legaldefinition des § 2 Abs. 2 KHEntG alle Leistungen, die "im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind". Aufgabe der Selbstverwaltungspartner ist es deshalb, die Pauschalen "leistungsorientiert" auszugestalten (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG) und demzufolge die Komplexität des Leistungsgeschehens in geeignete Fallpauschalen umzusetzen. Dabei haben sie Sorge dafür zu tragen, dass einerseits der Aufwand der Krankenhäuser leistungsgerecht vergütet wird und andererseits der DRG-Katalog hinreichend praktikabel ist. Ausdrücklich ist ihnen vorgegeben: "Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein" (§ 17b Abs. 1 Satz 2 KHG). Begleiterkrankungen und andere Versorgungsbesonderheiten kommt danach im Fallpauschalensystem nur Bedeutung zu, soweit sie in das DRG-Regelwerk eingegangen sind und in dessen System zu einer höher bewerteten DRG führen. Dies ist dann der Fall, wenn die Nebenerkrankung erstens kodierfähig und zweitens erlöswirksam ist.

... Voraussetzung für die Abrechnungsrelevanz einer Nebenerkrankung ist zunächst, dass sie nach den Kodierrichtlinien (zusätzlich) kodierfähig ist und deshalb in die DRG-Bestimmung dem Grunde nach (überhaupt) eingehen kann. Das ist nach den einschlägigen Kodierrichtlinien dann der Fall, wenn die fragliche Nebendiagnose für das Versorgungsgeschehen tatsächlich bedeutsam geworden ist. Nebendiagnose ist insoweit "eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt." Weiter heißt es aber auch, dass für Kodierungszwecke Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden müssen, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass sie selbst therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand erfordern und dieser auch tatsächlich erbracht wird.

... Zusätzlich zur Hauptdiagnose kodierfähig sind mit dem BSG (wie vor) danach solche Nebendiagnosen, deren Versorgung weitere und in Bezug auf die Haupterkrankung nicht gebotene Leistungen des Krankenhauses ausgelöst haben. Hauptdiagnose in diesem Sinne ist dabei "die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist". Sind gemessen an dem hieraus sich ergebenden Versorgungsbedarf wegen einer Nebenerkrankung zusätzliche Leistungen zu erbringen, so rechtfertigt dies die Kodierung der entsprechenden Nebendiagnose. Maßstab hierfür ist die "Abweichung von dem Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur".

... Erfordert also eine Begleiterkrankung besondere Leistungen der Diagnostik, der Therapie oder der Betreuung/Pflege und wirkt sie sich somit im "Patientenmanagement" aus, so ist das für die Kodierung z.B. bei operativ zu versorgenden Haupterkrankungen nur beachtlich, wenn die Erbringung dieser Leistungen in der von der Fallpauschale für die Haupterkrankungen abgedeckten Standardversorgung nicht vorgesehen ist.

Übertragen auf den konkret vorliegenden Sachverhalt bedeutet dies, dass dann nach tatsächlicher Durchführung und Notwendigkeit sowie der vom MDK unter dem 27. Oktober 2017 zumindest zuletzt nachvollziehbar aufgezeigten und erfüllten medizinischen Voraussetzungen, mit der Klägerin und deren ursprünglicher Rechnungsstellung vom 27. Mai 2015 auch nach Überprüfung der Kammer die rechtlichen Voraussetzungen für die Kodierung der o.a. DRG E71C als solche selbst mit der Beklagten insgesamt vorgelegen haben und die Klägerin aus Anlass der vollstationären Krankenhausbehandlung der B. im A-Krankenhaus vom 20. Mai bis 22. Mai 2015 einen Vergütungsanspruch in Höhe der von der Beklagten zunächst auch in dieser Höhe ausgeglichenen 2.078,64 Euro erworben hatte.

All dies unabhängig davon, ob das im Rahmen der Rechnungsprüfung erstellte Erstgutachten des MDK vom 24. August 2015 bereits aus sich heraus nicht nachvollziehbar war, nachdem eine konkrete Begründung für das Fehlen von stationärer Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit über den gesamten Behandlungszeitraum seitens des MDK nicht abgegeben wird, beweispflichtig hierfür dann aber auch wieder das Krankenhaus selbst war.

Damit waren die Voraussetzungen eines Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung in Höhe von 1.166,00 Euro nicht erfüllt.

Der vorgenannte Vergütungsanspruch ist im o.a. Verfahren der Rechnungsprüfung entgegen der Beklagten dann auch nicht erloschen bzw. die Klägerin mit der hier klageweise geltend gemachten Forderung auf der Grundlage der PrüfvV ausgeschlossen. Dies weder vollständig noch, was hier allein streitig ist, in Höhe der im Anschluss an das vorgerichtlich durchgeführte Rechnungsprüfverfahren aufgerechneten, hier streitigen 1.166,00 Euro und im Ergebnis unabhängig davon, ob die Klägerin die vom MDK angeforderten o.a. Unterlagen nun vollständig vorgelegt hat oder nicht, da mit der Klägerin und der DKG in ihren o.a. Stellungnahmen § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfvV (in der hier auf die o.a. Krankenhausbehandlung der B. in 2015 anzuwendenden Fassung) entgegen der Beklagten und den Ausführungen des GKV-Spitzenverbandes bereits keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist beinhalten, sondern deren Regelungsgehalt mit der DKG allein eine verfahrensrechtliche Frist zur Beendigung des Prüfverfahrens beinhaltet, ohne dass bei einem Verstreichen dieser Frist das Sozialgericht in einem späteren Klageverfahren an einer Einbeziehung nachträglich oder zusätzlich vorgelegter Unterlagen durch ein Krankenhaus an deren Verwertung gehindert wäre, also kein Beweisverwertungsverbot besteht.

Selbst wenn man mit der Beklagten und dem GKV-Spitzenverband hier zumindest von einer von den Vertragspartnern tatsächlich

vereinbarten materiell-rechtlichen Ausschlussfrist ausgehen würde, die auch die Gerichte binden sollte, wäre diese mit der Klägerin und der DKG aber auch nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Abs. 2 KHG gedeckt.

All dies aus den im Verlauf des Klageverfahrens erteilten o.a. rechtlichen Hinweisen heraus, die sich die erkennende Kammer im Anschluss an die weiteren o.a. Ausführungen und Herleitungen der Klägerin und der DKG insgesamt zu Eigen macht und analog [§ 136 Abs. 3 SGG](#) vollinhaltlich in Bezug nimmt.

Dies auch unter Fortführung ihrer eigenen weiteren o.a. Rechtsprechung u.a. im Gerichtsbescheid vom 25. November 2016 in der Sache [S 12 KR 512/15](#); dies aber auch unter Verweis auf die überzeugenden weiteren o.a. Ausführungen des SG Detmold in dessen o.a. Urteil vom 31. März 2017. Gleiches gilt zumindest im Ergebnis mit den insoweit überzeugenden Ausführungen des SG Dortmund (Urteil vom 5. Mai 2017, [S 49 KR 580/16](#)), wonach die Vereinbarung einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist zur nachträglichen Rechnungs Korrektur innerhalb der gesetzlich normierten vierjährigen Verjährungsfrist bzw. innerhalb des von der Rechtsprechung des BSG definierten Zeitraums des Einwendungsausschlusses der Verwirkung nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG gedeckt sei, da damit bereits unter Beachtung des Wortlauts ("das Nähere zum Prüfverfahren") über die Regelung einer Verfahrensfrage hinausgegangen würde und insoweit weder im Gesetz noch in der Rechtsprechung ein derartig enger und tiefgreifender Ausschluss des Vergütungsanspruchs anerkannt sei. Stattdessen enthalte [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) als einzig relevante Frist die Einleitungsfrist von sechs Wochen, welche von den Krankenkassen zu berücksichtigen sei.

Mit dem SG Gießen (Urteil vom 10. November 2017, [S 7 KR 70/16](#)) verzichtet § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV dann aber auch systematisch betrachtet im Gegensatz zu den ausdrücklich als Ausschlussfristen benannten Fristen der §§ 6 Abs. 2, 8 PrüfV (in der hier noch anzuwendenden Fassung) auf die Bezeichnung als Ausschlussfrist. Dies lässt mit dem SG Gießen, der Klägerin und der DKG auch zur Überzeugung der erkennenden Kammer nur den Schluss zu, dass die Vertragsparteien sich auf die von der Beklagten und dem GKV-Spitzenverband für sich in Anspruch genommene weitreichende Folge eines Anspruchsausschlusses in diesem Kontext gerade nicht geeinigt haben. Auch nach Auffassung der Kammer wäre hier - unabhängig von einer fehlenden Ermächtigungsgrundlage hierzu - zumindest eine ausdrückliche Bezeichnung als Ausschlussfrist erforderlich gewesen.

In diesem Zusammenhang verwiesen sei dann aber auch nach wie vor auf das BSG-Urteil vom 19. April 2016, [B 1 KR 33/15 R](#), wonach dann auch über die gesetzliche Ermächtigung und [§ 275 SGB V](#) hinausgehende Leistungsausschlüsse, sollten solche aus der PrüfV tatsächlich herleitbar sein, ebenfalls zu einer Teilnichtigkeit auch der PrüfV führen, da mit den o.a. Ausführungen/Herleitungen die DKG und der GKV-Spitzenverband zur Normierung "übergesetzlicher" Leistungsausschlüsse eben gerade nicht gesetzlich ermächtigt waren.

Wenn die DKG in diesem Zusammenhang darauf verweist, dass bereits ausweislich des Wortlauts des § 17c Abs. 2 KHG, aber auch der Gesetzesbegründung dem GKV-Spitzenverband und der DKG keine Kompetenz zur Regelung materiell-rechtlicher Fragen eingeräumt worden sei und sich der Gesetzgeber ausweislich der Gesetzesbegründung sogar die Möglichkeit ausdrücklich vorbehalten habe, gegebenenfalls Sanktionsmaßnahmen zu erlassen, wenn die Erfahrungen mit den durch das Beitragsschuldengesetz erfolgten Neuregelungen zu dem Ergebnis führten, dass diese den hohen Prüfaufwand nicht mindern konnten, ist dem aus Sicht der Kammer nichts hinzuzufügen. Gleichzeitig folgt hieraus nämlich mit der DKG zwangsläufig, dass über rein verfahrensbeendende Maßnahmen hinausgehende Sanktionsregelungen - wie es ein materiell-rechtlicher Anspruchsverlust Zweifels ohne darstellen würde - ausschließlich durch den Gesetzgeber und nicht durch die Vertragsparteien festgelegt werden können. Richtig ist insoweit mit der DKG danach allein, dass die Vereinbarungspartner Fristenregelungen treffen können, die jedoch lediglich verfahrensleitende oder verfahrensbeendende Wirkung im o.a. Sinne haben.

Im letztgenannten Fall dann auch mit der DKG mit der Kompetenz zur Aufrechnung, jedoch ohne materiell-rechtlichen Rechtsverlust des Krankenhauses der Gestalt, dass diesem eine Geltendmachung des streitigen Rechnungsbetrages auch vor den zuständigen Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit nunmehr mit der Beklagten unmöglich sein solle. Der Rechtsweg ist den Krankenhäusern vielmehr nach wie vor eröffnet.

Dafür, dass dabei dann eine Sachverhaltsermittlung im gerichtlichen Verfahren auf der Grundlage der nicht innerhalb der Frist des § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV (2014) vorgelegten Unterlagen ausgeschlossen sein solle, fehlt somit jegliche Rechtsgrundlage.

Richtig ist mit der DKG vielmehr auch zur Überzeugung der Kammer allein, dass eine Entscheidung der Krankenkasse bei Nichtvorlage der angeforderten Unterlagen innerhalb der Frist des § 7 Abs. 2 S. 3 PrüfV (2014) selbst nur auf Grundlage der der Krankenkasse bekannten Informationen erfolgen kann. Ein Ausschluss der Möglichkeit des Krankenhauses, die nicht innerhalb der Frist des § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV (2014) vorgelegten Unterlagen im Rahmen eines anschließenden Rechtsstreites beim Sozialgericht vorzulegen, ist dieser, allein das MDK-Prüfverfahren beendenden Regelung nicht zu entnehmen.

Damit gilt zumindest insoweit auch nach der PrüfV letztlich nichts anderes als zuvor im Rahmen von [§ 276 SGB V](#), wonach ein "Verstoß" gegen [§ 276 Abs. 2 SGB V](#) ebenfalls bereits keinen materiellen Anspruchsausschluss begründete und die sozialgerichtliche Rechtsprechung dabei selbst in Fallgestaltungen der vorliegenden Art insoweit allein auf Verjährung abgestellt hat (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 21. April 2015, [B 1 KR 10/15 R](#), mit dem das die Auffassung der Beklagten scheinbar stützende Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 22. Mai 2014, [L 8 KR 216/13](#) ausdrücklich aufgehoben worden ist) und im Gerichtsverfahren danach eine konkrete, einzelfallbezogene Betrachtung unter jeglichem rechtlichen und tatsächlichen Gesichtspunkt vorzunehmen bleibt.

Der Klage war nach alledem zunächst hinsichtlich der Hauptforderung insgesamt stattzugeben. Die hier iHv 1.166,00 Euro erfolgte Aufrechnung mit unbestrittenen, im Übrigen zumindest hier im Klageverfahren nicht ausdrücklich benannten anderweitigen Forderungen der Klägerin aus vollstationären Krankenhausbehandlungen anderer Versicherter der Beklagten war mit den vorstehenden Ausführungen, abgestellt auf die weiteren Ermittlungen im Klageverfahren hierzu, rechtswidrig.

Dabei folgt der ausgeurteilte Zahlungsanspruch der Höhe nach der von der Beklagten zunächst auch unbeanstandet ausgeglichenen o.a. Rechnung, ohne dass die Kammer nach entsprechender Überprüfung hier Fehler rechtlicher, tatsächlicher oder rechnerischer Art zu erkennen vermocht hätte und solche von der Beklagten auch erst gar nicht geltend gemacht worden sind.

Der ausgerichtete Zinsanspruch folgt mit der Klägerin und dem hier insoweit mit der rechtswidrigen Aufrechnung eingetretenen Verzug aus § 10 Abs. 5 des Hessischen Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (zum Zinsanspruch im Leistungserbringungsrecht vgl. u.a. BSG, Urteile vom 4. März 2004, [B 3 KR 4/03 R](#) und vom 19. April 2007, [B 3 KR 10/06 R](#)), bei einem konkreten Verzinsungsbeginn hier ab dem Tag nach der vollzogenen Aufrechnung (vgl. BSG, Urteil vom 17. September 2013, [B 1 KR 67/12 R](#)). Dies auch unabhängig davon, ob sich die Aufrechnung zumindest auf der Grundlage der dem MDK ursprünglich allein vorgelegenen Unterlagen zunächst als rechtmäßig dargestellt hat oder nicht. Dies lässt die streitige Zinsforderung unberührt. Dies deshalb, weil es sich bei den streitigen Zinsen mit der Klägerin hier gerade nicht um einen gesetzlichen Verzugschaden nach [§ 286](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) handelt, sondern einen vertraglichen Anspruch, der zwar die Regelung des [§ 288 Abs. 1 BGB](#) ausdrücklich in Bezug nimmt, ebenso ausdrücklich nicht jedoch [§ 286 BGB](#). Insoweit besteht dann auch kein Grund, [§ 286 BGB](#) zumindest entsprechend anzuwenden. Hierfür besteht bei der vertraglichen Ausgestaltung des hier streitigen Zinsanspruchs keinerlei Raum. Dies umso mehr, als die hier anzuwendenden vertraglichen Regelungen die Fälligkeit der Krankenhausrechnungen und den Eintritt des Verzuges sowie den Beginn der Verzinsungspflicht allein vom Zeitablauf abhängig machen.

Die Kostenentscheidung folgt den [§§ 197a, 183 SGG](#) i.V.m. [§ 154](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VWGO), nachdem [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#) gemäß [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#), 2. Halbsatz SGG hier keine Anwendung finden, da weder die Klägerin noch die Beklagte zu dem in [§ 183 SGG](#) genannten, privilegierten Personenkreis gehören.

Selbst wenn man in diesem Zusammenhang davon ausginge, dass die Klägerin insoweit wegen einer nur unvollständigen Vorlage der vom MDK angeforderten o.a. Unterlagen die Notwendigkeit zur Klageerhebung selbst mitverursacht hätte, kam eine Kostenquotelung in der vorliegenden Fallgestaltung nicht in Betracht, nachdem die Beklagte ihren Klageabweisungsantrag nach der im Klageverfahren erfolgten Auswertung der Krankengeschichte durch den MDK zuletzt ausdrücklich aufrecht erhalten hat. Wer die Kosten zu tragen gehabt hätte, wenn die Beklagte im unmittelbaren Anschluss an die "Neubefassung" des MDK den streitigen Zahlungsanspruch sofort - ganz oder teilweise - anerkannt hätte, muss insoweit hier nicht entschieden werden.

Der gesonderten Entscheidung über eine Zulassung der Berufung bedurfte bereits aufgrund der Höhe des Beschwerdewertes nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2020-07-20