

L 11 KR 1091/21 KH

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
S 45 KR 2345/19
Datum
15.11.2021
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KR 1091/21 KH
Datum
07.02.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 15. November 2021 wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Verfahrens trägt auch im Berufungsrechtszug die Beklagte.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 10.056,86 € festgesetzt.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über Krankenhausvergütung in Höhe von 10.056,86 Euro zuzüglich Zinsen.

Der 00.00.0000 geborene und bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patient T. (nachfolgend: Versicherter) wurde in der Zeit vom 17. April 2018 bis 26. April 2018 in dem gemäß § 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Krankenhaus der Beklagten stationär behandelt.

Die Rechnung vom 22. Juni 2018 über insgesamt 13.818,70 Euro unter Zugrundelegung der DRG F43B (Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems ohne IntK >392/552/552 Punkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK >-/368/-Punkte <Aufnahmenummer N01, Rechnungsnummer N02 sowie N03>) beglich die beklagte Krankenkasse am 29. Juni 2018 zunächst vollständig.

Bereits am 22. Juni 2018 schaltete die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu der Frage ein, ob die Anzahl der Beatmungsstunden korrekt seien. Ausweislich der Prüfanzeige und Unterlagenanforderung des MDK vom 25. Juni 2018 heißt es dort u.a. wörtlich wie folgt:

„Fragestellung der Kasse: Ist die Anzahl der Beatmungsstunden korrekt?“

Prüfgegenstände sind gemäß § 4 PrüfVV: Frage zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen

Zur Bearbeitung bitten wir bis spätestens zum 20.08.2018 um Übersendung sämtlicher Behandlungsunterlagen, die geeignet sind, die Fragestellung der Krankenkasse bezogen auf den Prüfgegenstand vollumfänglich zu beantworten bzw. die zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt werden.

Bitte teilen Sie uns bei jeder Übersendung mit, ob die uns zugesandten Unterlagen vollständig sind. Idealerweise nutzen Sie bitte dazu den

beigefügten Retourenschein.“

Die Klägerin übersandte am 25. Juli 2018 folgende Unterlagen: Entlassbrief, Laborbericht, Aufnahmebefund, Einweisung, Fieber- und Pflegekurve inkl. ärztlichen Anordnungen und sonstiges (insg. 38 Seiten). Beatmungsprotokolle wurden unstreitig nicht übersandt.

Am 31. Juli 2018 bestätigte der MDK einen Unterlageneingang. Möglicherweise fehlende Unterlagen forderte er nicht nach. Das Schreiben des MDK enthielt den Zusatz:

„Die Eingangsbestätigung wurde automatisch erstellt und beinhaltet keine inhaltliche Prüfung der zugesandten Unterlagen.“

Im Rahmen des MDK-Gutachtens vom 25. März 2019 kam der Gutachter Y. zu dem Ergebnis, dass die Beatmungsstunden nicht belegt seien; Beatmungsprotokolle lägen nicht vor.

Daraufhin rechnete die Beklagte mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch am 29. März 2019 in Höhe von 10.056,86 Euro gegen unstreitige Forderungen auf, da die Beatmungsstunden nicht belegt seien (Eingang bei Klägerin am 2. April 2019). Zusätzlich teilte sie der Klägerin mit:

„Gemäß Gutachten sind keine Beatmungsstunden nachvollziehbar. Daraus resultiert ein Erstattungsanspruch i.H.v. 10.056,86 Euro. Diesen haben wir gemäß § 10 PrüfvV aufgerechnet. Die Einzelheiten, mit welchen Leistungsfällen genau verrechnet wurde, entnehmen Sie bitte dem entsprechenden Zahlungsavis, welches Ihnen gesondert zugeht.“

Ausweislich des Zahlungsavis am 29. März 2019 erfolgten zu der Aufnahmenummer N01 eine Zahlung in Höhe von 3.761,84 Euro und ein Abzug in Höhe von 13.818,70 Euro. Am 3. April 2019 fragte die Klägerin bei der Beklagten an, ob sie die Beatmungsprotokolle nachreichen könne. Die Beklagte lehnte dies ab.

Darauf hat die Klägerin am 4. Juni 2019 zum Sozialgericht (SG) Gelsenkirchen Klage auf Zahlung von 10.056,86 Euro zuzüglich 2% über dem Basiszinssatz seit dem 1. April 2019 erhoben. Die Verrechnung sei unzulässig. Sie könne nicht auf § 10 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) gemäß § 17c Absatz 2 KHG vom 3. März 2016 (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV 2016) gestützt werden. Dieser setze voraus, dass Leistungs- und Erstattungsanspruch genau zu bezeichnen seien. Daran fehle es. Das Zahlungsavis, auf welches die Beklagte Bezug genommen habe, habe sie nicht bei der Aufrechnungserklärung, sondern erst am 29. März 2019 beigelegt. Auch die Erstattungsforderung sei dann nicht mehr bezeichnet, sondern werde aus zwei Positionen gebildet. Zudem stehe der Beklagten ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch nicht zu. Sie – die Klägerin – habe es zwar irrtümlich unterlassen, Beatmungsnachweise an den MDK zu versenden. Davon habe sie aber erst nach der Frist von acht Wochen Kenntnis erhalten. Der MDK habe stattdessen den Eingang bestätigt. Er hätte unter Bezugnahme auf § 1 PrüfvV 2016 darauf hinweisen können, dass Unterlagen fehlten. Durch die Bestätigung habe sie davon ausgehen können, dass die Unterlagen vollständig seien. § 7 Abs. 2 PrüfvV 2016 sehe keine wirksame Ausschlussvorschrift vor. Im Übrigen sei die Unterlagenanforderung des MDK nicht geeignet gewesen, eine etwaige Ausschlussfrist auszulösen (Verweis auf Bundessozialgericht <BSG>, Urteil vom 18. Mai 2021 – [B 1 KR 32/20 R](#)).

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 10.056,86 Euro nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 1. April 2019 zu zahlen sowie die Hilfswiderklage abzuweisen.

Die Beklagte hat am 12. August 2020 hilfsweise Widerklage erhoben und beantragt,

die Klage abzuweisen sowie

hilfsweise widerklagend für den Fall, dass das Gericht von der Unzulässigkeit der Aufrechnung ausgehen sollte, die Klägerin zu verurteilen, an die Beklagte 10.056,86 Euro zu zahlen.

Sie hat die Ansicht vertreten, dass der eingeklagte Anspruch nicht bestehe, denn er sei erloschen. Zunächst habe die Klägerin bereits den falschen Behandlungsfall eingeklagt. Zudem sei die Aufrechnung berechtigt gewesen. Die Klägerin habe die fehlenden Beatmungsprotokolle nicht innerhalb der Frist des § 7 Abs. 2 Satz 7 PrüfV 2016 nachgeliefert und auch nicht die Pauschale in Höhe von 300,00 Euro für die Fortsetzung des Prüfverfahrens entrichtet. Es sei die Nachlässigkeit der Klägerin gewesen, die Unterlagen nicht vollständig zu übersenden. Die Verrechnung per Sammelavis sei von der Vorschrift des § 9 Satz 2 PrüfV gedeckt gewesen (vgl. BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 – [B 1 KR 31/18 R](#) – [BSGE 129, 1](#)). Sie – die Beklagte – werde im Hinblick auf § 7 Abs. 2 Satz 4 bis 6 PrüfV keine weiteren als die bisher bei dem MDK eingereichten Behandlungsunterlagen gegen sich geltend lassen. Es handele sich um eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist. Auch wenn nunmehr die zu den Gerichtsakten gereichte Patientenakte ihrerseits an den MDK weitergereicht worden sei, werde dennoch an dieser Rechtsansicht festgehalten. Zwar habe der MDK 67 Beatmungsstunden bestätigt (Gutachten des MDK vom 16. Juli 2020). Es verbleibe aber bei der Unverwertbarkeit der Unterlagen.

Das SG hat mit Urteil vom 15. November 2021 der Klage im Wesentlichen stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 10.056,86 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 2% über dem jeweiligen Basiszinssatz auf einen Betrag von 3.843,41 Euro seit dem 1. April 2019 und auf einen Betrag von 6.213,45 Euro seit dem 4. April 2019 zu zahlen. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Auf die Entscheidungsgründe wird Bezug genommen.

Die Beklagte hat sich gegen das ihr am 22. November 2021 zugestellte Urteil mit ihrer am 22. Dezember 2021 erhobenen Berufung gewandt. Zur Begründung wiederholt sie ihren erstinstanzlichen Vortrag. Im Übrigen verweist sie darauf, dass die Unterlagenanforderung des MDK hinreichend konkret gewesen sei. Die Konkretisierung sei über die Fragestellung erfolgt.

Des Weiteren trägt sie vor, dass nach dem zweiten MDK-Gutachten sich die Beteiligten nicht mehr über Tatsachenfragen, sondern allein über Rechtsfragen stritten. So sei ausschließlich die Verwertbarkeit der Beatmungsprotokolle streitrelevant. Bei einer Präklusion, wovon hier auszugehen sei, wären diese nicht zu verwerten. Die Einwände der Klägerin seien nicht überzeugend. Das BSG habe sich bereits eindeutig positioniert (Verweis auf BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 16/21 R](#) – SozR 4-2500 § 275 Nr. 34). Für die Klägerin sei es auch bei cursorischer Durchsicht der Patientenakte erkennbar gewesen, dass die Beatmungsprotokolle relevant sein würden. Richtig sei, dass das BSG weiterhin an dem Erfordernis der konkreten Unterlagenanforderung festhalte. Im Kern gehe es aber um eine Abwägungsentscheidung zwischen den jeweiligen Interessenlagen. Die Unterlagenanforderung habe nur den Zweck die Prüfung effizient zu gestalten. Das Krankenhaus müsse wissen, welche Unterlagen der MDK benötige. Das sei hier aufgrund des Prüfgegenstandes bereits klar gewesen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 15. November 2021 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Entscheidung des BSG (Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 16/21 R](#)) sei nicht übertragbar. Dort seien konkrete Unterlagen vom MDK angefordert worden. Daran fehle es hier. Das BSG habe zwischenzeitlich nochmals bekräftigt, dass die – auch hier verwandte – Formulierung der Forderung nach Übersendung sämtlicher Behandlungsunterlagen, die geeignet seien, die Fragestellung der Krankenkasse bezogen auf den Prüfanlass vollumfänglich zu beantworten bzw. die zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt würden, die Rechtsfolge des § 7 Abs. 2 PrüfV 2014 und 2016 nicht ausgelöst (Verweis auf BSG, Urteil vom 22. Juni 2022 – [B 1 KR 17/21 R](#) – juris). Mit Beschluss vom 22. August 2023 ([B 1 KR 22/23 B](#) – juris) habe das BSG zudem festgestellt, dass die Ausweitung der den Krankenhäusern obliegenden Pflichten über den klaren Wortlaut der PrüfV hinaus den Rechtsschutz der Krankenhäuser wesentlich erschweren würde und daher mit den Verfahrensgrundrechten aus [Art 19 Abs. 4](#) Grundgesetz (GG) und [Art 103 Abs. 1 GG](#) unvereinbar sei.

Der Senat hat am 13. Dezember 2023 einen Termin zur Erörterung des Sachverhaltes mit den Beteiligten durchgeführt. Sie haben sich dort mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch den Senat einverstanden erklärt. Im Übrigen wird auf den Inhalt der Sitzungsniederschrift Bezug genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten, der Verwaltungsakte der Beklagten sowie der beigezogenen Patientenakte, die jeweils Gegenstand der Beratung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann über die Berufung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz <SGG>).

A. Streitgegenstand ist die Berufung der beklagten Krankenkasse gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 15. November 2021, mit welchem dieses die Beklagte auf Zahlung von Krankenhausvergütung in Höhe von 10.056,86 Euro aus unstreitigen Behandlungsfällen zuzüglich Zinsen in Höhe von 2% über dem jeweiligen Basiszinssatz auf einen Betrag von 3.843,41 Euro seit dem 1. April 2019 und auf einen Betrag von 6.213,45 Euro seit dem 4. April 2019 verurteilt hat.

Da sich die Klägerin nicht gegen die Abweisung ihres Zinsanspruchs im Übrigen gewandt hat, ist der weitergehende Zinsanspruch nicht mehr streitrelevant. Ebenso wenig steht die durch die Beklagte hilfsweise erhobene Widerklage im Streit. Das SG hat über diese bereits zu Recht nicht entschieden, da die innerprozessuale Bedingung der Unzulässigkeit der erklärten Aufrechnung der Beklagten nicht eingetreten ist. Das ist auch im Berufungsverfahren, wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt, weiterhin der Fall.

B. Die am 22. Dezember 2021 schriftlich eingelegte Berufung der Beklagten gegen das ihr am 22. November 2021 zugestellte Urteil des SG Gelsenkirchen vom 15. November 2021 ist zulässig, insbesondere ohne Zulassung statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)) sowie form- und fristgerecht eingelegt worden ([§ 151 Abs. 1, Abs. 3, § 64 Abs. 1, Abs. 2, § 63, § 65d SGG](#)).

C. Die Berufung der Beklagten ist nicht begründet, denn die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung von 10.056,86 Euro nebst Zinsen in o.g. Höhe. Ihre darauf gerichtete Klage ist mithin zulässig (I.) und begründet (II.).

I. Die Klage ist zulässig. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist in dem hier zwischen den Beteiligten bestehenden Gleichordnungsverhältnis statthaft; eine Regelung durch Verwaltungsakt kam vorliegend nicht in Betracht, ein Vorverfahren war nicht durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten (ständige Rechtsprechung des BSG, Urteil vom 27. Oktober 2020 – [B 1 KR 12/20 R](#) – SozR 4-5562 § 9 Nr. 18, Rn. 9 unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 – [B 1 KR 24/08 R](#) – [BSGE 104, 15](#), Rn. 12 m.w.N.). Der Zahlungsanspruch und der geltend gemachte Zinsanspruch sind von der Klägerin konkret beziffert worden. Für letzteres reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz (vgl. Landessozialgericht <LSG> Berlin-Brandenburg, Urteil vom 4. Juni 2021 – [L 26 KR 46/20](#) – juris, Rn. 26).

II. Die Klage ist begründet, denn der Klägerin steht der Anspruch auf Krankenhausvergütung nebst Zinsen in noch streitiger Höhe zu.

Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der stationären Behandlungen Versicherter geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG; BSG, Urteil vom 8. November 2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – [BSGE 109, 236](#), Rn. 13, 15f; BSG, Urteil vom 19. März 2020 – [B 1 KR 20/19 R](#) – [BSGE 130, 73](#), Rn. 11). Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die Höhe der Vergütung der zugelassenen Krankenhäuser bei stationärer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des Vergütungsanspruchs als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) zu gewähren ([§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)), dem Grunde nach als Selbstverständlichkeit voraus (BSG, Urteil vom 19. März 2020 – a.a.O., Rn. 11; BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 – [B 1 KR 22/19 R](#) – SozR 4-5562 § 9 Nr. 17, Rn. 8).

1. Streitgegenstand in der Hauptsache ist der sich nach der Verrechnung ergebende offene Vergütungsanspruch aus den zwischen den Beteiligten nicht umstrittenen Behandlungsfällen (hierzu BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 – [B 1 KR 31/18 R](#) – [BSGE 129, 1](#), Rn. 9; BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 – [B 1 KR 13/14 R](#) – SozR 4-5560 § 17b Nr. 6, Rn. 8; jeweils m.w.N.). Dieses bringt die Klägerin mit ihrer Klageschrift zum Ausdruck, in dem sie die Verrechnung als unberechtigt ansieht.

2. Der Vergütungsanspruch der Klägerin aus dem unstreitigen Behandlungsfall ist auch nicht durch Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Beklagten erloschen.

a) Die Zulässigkeit der Aufrechnung richtet sich – neben hier nicht problematischen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in analoger Anwendung, [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) – nach § 10 PrüfV 2016.

aa) Die PrüfvV 2016 erfasst Krankenhausaufnahmen ab dem 1. Januar 2017 und ist deshalb zeitlich anwendbar. Es ist weder erkennbar noch von den Beteiligten vorgetragen, dass die in der Zahlungsmitteilung vom 29. März 2019 aufgelisteten Behandlungsfälle aus der Zeit vor dem 1. Januar 2017 resultieren.

Sie ist auch sachlich anwendbar. Dem steht nicht entgegen, dass hier mit der Prüfung der Kodierung einer Diagnose bzw. – wie vorliegend – der Anzahl der Beatmungsstunden keine Wirtschaftlichkeitsprüfung betroffen ist, sondern die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Denn gemäß § 2 PrüfvV 2016 gilt die Vereinbarung nach [§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V](#) für jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses nach [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#), mit der die Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert. Davon ist hier auszugehen. Insbesondere war eine Datenerhebung bei dem Krankenhaus erforderlich, wie die zunächst erfolgte Unterlagenanforderung sowie der dann gerügte Mangel an vorliegenden Unterlagen – hier der Beatmungsprotokolle – im Gutachten des MDK vom 25. März 2019 zeigen.

bb) Die nach §§ 8 Satz 2, 10 Satz 1 PrüfvV 2016 erforderliche Darlegung durch die Beklagte ist innerhalb der Frist von elf Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige gemäß § 8 Satz 3 PrüfvV 2016 erfolgt.

Nach § 10 PrüfvV 2016 kann die Krankenkasse einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach § 8 PrüfvV 2016 mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen (Satz 1), wobei der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen sind (Satz 2). Gemäß § 8 Satz 1 PrüfvV hat die Krankenkasse dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen. Wenn die Leistung nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, sind dem Krankenhaus die wesentlichen Gründe darzulegen (Satz 2). Die Mitteilungen nach Satz 1 und 2 haben innerhalb von elf Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige nach § 6 Absatz 3 zu erfolgen (Satz 3). Die Regelung des Satzes 3 wirkt als Ausschlussfrist (Satz 4). § 7 Abs. 5 Satz 6 bleibt unberührt (Satz 5).

Die Prüfanzeige datiert auf den 25. Juni 2018 und weist eine entsprechend datierte Telefaxkennung auf, das Prüfergebn lag mit Gutachten vom 25. März 2019 vor und wurde an die Klägerin spätestens mit der Verrechnung am 28. März 2019 übermittelt, welche bei der Klägerin am 29. März 2019 einging. Das Zahlungsavis vom 29. März 2019 weist einen Eingangsstempel der Klägerin vom 2. April 2019 auf. Am 3. April 2019 bat die Klägerin unter Bezugnahme auf das Ergebnis des MDK um die Möglichkeit, die Beatmungsprotokolle einzureichen. Ausgehend von der Übermittlung der Prüfanzeige an die Klägerin am 25. Juni 2018 lief die Frist von elf Monaten gemäß [§ 188 Abs. 2 Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#) bis zum Ablauf des 25. Mai 2019. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Beklagte jedenfalls die wesentlichen Gründe dargelegt, weshalb die Abrechnung aus ihrer Sicht nicht korrekt gewesen ist und ihren daraus resultierenden Erstattungsanspruch geltend gemacht. Auf die Frage, welche Rechtsfolge aus dem Versäumnis der Ausschlussfrist des § 8 Satz 3, 4 PrüfvV 2016 folgt, kommt es mithin nicht an (vgl. dazu: LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 18. Januar 2023 – L 4 KR 308/21 – juris, Rn. 41ff., Revision rechtshängig BSG [B 1 KR 6/23 R](#); SG Rostock, Urteil vom 4. Mai 2023 – [S 11 KR 151/21](#) – juris, Rn. 31; SG Ulm, Urteil vom 30. März 2023 – [S 13 KR 3202/21](#) – juris, Rn. 27; SG Dresden, Urteil vom 24. Juni 2020 – [S 38 KR 219/18](#) – juris, Rn. 28 m.w.N.; SG Duisburg, Urteil vom 9. November 2021 – [S 60 KR 1558/18](#) – juris; neu geregelt in § 8 Satz 5 PrüfvV 2021: Wahl in: jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 109 Rn. 241).

cc) Die Beklagte hat den Leistungsanspruch (unstreitige Vergütungsforderung) und den Erstattungsanspruch (Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall Nagorski) auch genau bezeichnet. Ausreichend ist hierfür, dass innerhalb eines Zahlungsavis die Erstattungsforderung dem Leistungsanspruch gegenübergestellt wird, etwa indem die Erstattungsforderung diesem in einer tabellarischen Auflistung nachfolgt (vgl. dazu BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 – [B 1 KR 31/18 R](#) – a.a.O., Rn. 17). Das ist hier der Fall.

dd) Aufgrund der Anwendbarkeit der PrüfvV 2016 kommt das landesvertragliche Aufrechnungsverbot (§ 15 Abs. 1 Satz 4 LV NRW) nicht zur Anwendung. Die auf den [§§ 275 bis 283 SGB V](#) beruhende PrüfvV 2016 geht insoweit als jüngere und bundeseinheitliche Regelung den landesvertraglichen Bestimmungen nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) vor; eine entsprechende Regelung trifft § 12 PrüfvV 2016 (vgl. für die PrüfvV 2014: LSG Nordrhein-Westfalen <NRW>, Urteil vom 3. Dezember 2020 – [L 16 KR 505/17](#) – juris, Rn. 30).

b) Der Beklagten steht jedoch kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Höhe der noch streitigen Klageforderung gegen die Klägerin zu.

Der öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch setzt voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses eine Leistung ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSG, Urteil vom 21. April 2015 – [B 1 KR 7/15 R](#) – SozR 4-7610 § 242 Nr. 8; BSG, Urteil vom 8. November 2011 – [B 1 KR 8/11](#) – a.a.O.). Die hier erfolgte Vermögensverschiebung, die Zahlung von 13.818,70 Euro durch die Beklagte an die Klägerin aufgrund deren Rechnung vom 22. Juni 2018, ist indessen nicht ohne Rechtsgrund erfolgt, denn der Klägerin stand ein Anspruch auf Zahlung der geltend gemachten Krankenhausvergütung zu (zur Beweislast des Krankenhauses zum Rechtsgrund im Rahmen des Erstattungsanspruchs: BSG, Urteil vom 14.

Oktober 2014 – [B 1 KR 27/13 R](#) – [BSGE 117, 82](#), Rn. 9, 17f.). Die Kodierung der DRG F43B ist unter Berücksichtigung der dafür erforderlichen und vorliegend allein streitigen Beatmungsstunden zu Recht erfolgt.

aa) 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 im vorliegend streitigen Zeitraum vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und seit dem 26. Mai 2020 vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen ICD-10 verschlüsselt. Die Prozeduren werden nach dem ebenfalls vormals vom DIMDI, nunmehr vom BfArM herausgegebenen OPS kodiert. Aus diesen Codes wird dann zusammen mit den weiteren für den Behandlungsfall maßgeblichen Faktoren unter Verwendung eines Groupers die entsprechende DRG ermittelt (sogenannte Gruppierung), anhand derer die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird (ausführlich dazu BSG, Urteil vom 8. November 2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – a.a.O., Rn 14 ff.).

Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS erfolgt eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Nur dann kann eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck erfüllen. 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 (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 – [B 1 KR 13/14 R](#) – a.a.O., Rn. 15 m.w.N.).

bb) Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist unter Auswertung der im Gerichtsverfahren vorgelegten Beatmungsprotokolle und unter Bezugnahme auf das daraufhin durch die Beklagte erneut eingeholte Gutachten des MDK vom 16. Juli 2020 unstreitig, dass von 69 durch die Klägerin kodierten Beatmungsstunden insgesamt 67 Beatmungsstunden berechnungsfähig gewesen sind. Damit ist auf dieser Grundlage die Kodierung der DRG F43B, welche eine Beatmung von über 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems ohne IntK >392/552/552 Punkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK >-/368/-Punkte fordert, zulässig gewesen. Um zu dieser Einschätzung zu kommen, bedurfte es zwingend der Evaluierung der im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten Beatmungsprotokolle. Dies folgt bereits aus dem Gutachten des MDK vom 25. März 2019 und wird zu Recht seitens der Klägerin nicht in Zweifel gezogen. Die Beatmungsprotokolle sind jedoch im vorliegenden Verfahren – entgegen der Ansicht der Beklagten – verwertbar und unterlagen nicht wegen nicht fristgerechter Vorlage durch das Krankenhaus der materiellen Präklusion.

Wie § 7 Abs. 2 Satz 2 bis 4 PrüfV 2014 enthält auch § 7 Abs. 2 Satz 4 bis 9 PrüfV 2016 eine materielle Präklusionsregelung <dazu (1)>. Diese bezieht sich zum einen auf Unterlagen, die der MDK zumindest ihrer Art nach konkret bestimmt angefordert hat <dazu (2)> und darüber hinaus – insofern abweichend von der PrüfV 2014 – auf weitere Unterlagen, die für das Krankenhaus ohne weiteres erkennbar ebenfalls für den konkret eingegrenzten Prüfauftrag relevant sein können <dazu (3)>.

(1) Der 1. Senat des BSG hat bereits zu § 7 Abs. 2 Satz 2 bis 4 PrüfV 2014 entschieden, dass es sich hierbei um eine Präklusionsregelung mit der Rechtsfolge handelt, dass Unterlagen, die der MDK im Rahmen eines ordnungsgemäßen Prüfverfahrens angefordert, das Krankenhaus aber nicht innerhalb der Frist von vier Wochen vorgelegt hat, auch in einem späteren Gerichtsverfahren nicht mehr zur Begründung des Vergütungsanspruchs berücksichtigt werden dürfen. Die präkludierten Unterlagen sind als Beweismittel endgültig ausgeschlossen. Dies ist auch von der Ermächtigungsgrundlage in § 17c Abs. 2 KHG (idF des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15. Juli 2013, [BGBl I 2423](#)) getragen und mit dem Grundgesetz vereinbar (siehe dazu im Einzelnen: BSG, Urteile vom 18. Mai 2021 – [B 1 KR 32/20 R](#) – [BSGE 132, 143](#), Rn. 11 ff und [B 1 KR 24/20 R](#) – SozR 4-2500 § 275 Nr. 37, Rn. 11 ff; BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 16/21 R](#) – SozR 4-2500 § 275 Nr. 34, Rn. 10).

Nichts Anderes gilt für § 7 Abs. 2 PrüfV 2016 (BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 16/21 R](#) – a.a.O., Rn. 11, 13), der lautet:

„Die Prüfung vor Ort richtet sich nach den Vorgaben des [§ 276 Absatz 4 SGB V](#) (Satz 1). Bei einer Prüfung im schriftlichen Verfahren kann der MDK die Übersendung von Kopien der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt (Satz 2). Dabei kann sowohl der MDK die angeforderten Unterlagen konkret benennen als auch das Krankenhaus die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen ergänzen (Satz 3). Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb von 8 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln (Satz 4). Die vom MDK angeforderten und gegebenenfalls vom Krankenhaus ergänzten Unterlagen müssen dem MDK innerhalb der Frist des Satzes 4 zugegangen sein (Satz 5). Sind die Unterlagen dem MDK nicht fristgerecht zugegangen, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag (Satz 6). Liefert das Krankenhaus die erforderlichen Unterlagen innerhalb von weiteren 6 Wochen nach, wird das Prüfverfahren fortgesetzt, sofern das Krankenhaus vor der Nachlieferung die Krankenkasse informiert und für die Fortsetzung des Prüfverfahrens eine Pauschale in Höhe von 300 Euro an die Krankenkasse entrichtet hat (Satz 7). Nach Ablauf der Frist von Satz 7 ist eine Übersendung von Unterlagen durch das Krankenhaus ausgeschlossen (Satz 8). Ein Anspruch auf den dann noch strittigen Rechnungsbetrag besteht nicht (Satz 9). Die Frist nach § 8 Satz 3 verlängert sich entsprechend, maßgeblich ist der Zeitpunkt der

vollständigen Erfüllung der Voraussetzungen nach Satz 7 (Satz 10).“

Die Begründung des Vergütungsanspruchs durch andere als die angeforderten, aber nicht (fristgerecht) vorgelegten Unterlagen schließt die Vorschrift hingegen nicht aus. Ein Ausschluss des Anspruchs tritt daher nicht immer schon dann ein, wenn das Krankenhaus nicht alle angeforderten Unterlagen vorgelegt hat. Dem Krankenhaus soll vielmehr nur derjenige Vergütungsanspruch zustehen, der ohne die fehlenden Unterlagen begründet werden kann, unabhängig von den angeforderten, aber nicht vorgelegten Unterlagen also "unstrittig" ist (vgl. zu § 7 Abs. 2 Satz 2 und 4 PrüfV 2014 BSG, Urteile vom 18. Mai 2021 – a.a.O., Rn. 21 f. bzw. 23 f.; BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 16/21 R](#) – a.a.O., Rn. 13).

(2) Ferner ist höchstrichterlich bereits zu § 7 Abs. 2 Satz 2 PrüfV 2014 geklärt, dass die Anforderung von Unterlagen durch den MDK zumindest ihrer Art nach konkret bezeichnet werden muss (z.B. Aufnahmedokumentation, Operationsbericht, Pflegedokumentation). Der MDK entscheidet selbst, welche konkreten Unterlagen er anfordert und bestimmt danach auch die Ermittlungstiefe (BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 16/21 R](#) – a.a.O., Rn. 17f; BSG, Beschluss vom 16. August 2021 – [B 1 KR 34/20 B](#) – juris, Rn. 6 zu der hier konkret verwandten Formulierung des MDK).

Es ist gerade der Zweck der Regelung, dass sich der MDK nicht in jedem einzelnen Prüffall mit sämtlichen Behandlungsunterlagen auseinandersetzen muss, sondern das Prüfverfahren durch die von ihm – auch nach Erfahrungswerten – getroffene Auswahl der Unterlagen straff ausgestalten und effizient am Prüfauftrag ausrichten kann. Das Krankenhaus unterstützt ihn dabei. Es muss deshalb wissen, welche ihrer Art nach konkret bestimmten Unterlagen der MDK benötigt. Nur die nicht fristgemäße Vorlage ihrer Art nach konkret bezeichneter Unterlagen rechtfertigt die nicht unerhebliche Sanktionsfolge. Ansonsten müsste das Krankenhaus zur Vermeidung von Rechtsnachteilen dem MDK immer sämtliche Unterlagen zur Verfügung stellen. Dies widerspräche aber gerade dem durch die PrüfV 2014 intendierten schlanken und gleichwohl effizienten Prüfverfahren (vgl. BSG, Urteil vom 18. Mai 2021 – [B 1 KR 24/20 R](#) – a.a.O., Rn. 17; BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 22/21 R](#) – SozR 4-2500 § 275 Nr. 35, Rn. 14). Auch diese Erwägungen sind in gleicher Weise auf die PrüfV 2016 übertragbar, denn § 7 Abs. 2 Satz 2 PrüfV 2016 ist gegenüber der Vorgängerregelung in der PrüfV 2014 unverändert geblieben (BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 16/21 R](#) – a.a.O., Rn. 18).

Die Anforderungen an die konkrete Bezeichnung der Unterlagen durch den MDK sind durch die höchstrichterliche Rechtsprechung zur PrüfV 2014 bereits näher konkretisiert worden. Diese Grundsätze sind dabei ebenfalls für die PrüfV 2016 zu übernehmen. Welche Unterlagen durch den MDK ihrer Art nach jeweils konkret bezeichnet worden sind, bestimmt sich demnach nach den Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen. Zu berücksichtigen ist hierbei insbesondere der medizinische Sprachgebrauch (vgl. hierzu im Einzelnen: BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 22/21 R](#) – a.a.O., Rn. 17 m.w.N.; BSG, Urteil vom 22. Juni 2022 – [B 1 KR 27/21 R](#) – juris, Rn. 16). Beispiele für ihrer Art nach hinreichend konkrete Bezeichnung durch den MDK sind u.a. "Arztbrief(e)/Entlassungsbericht(e)", "Fieberkurven komplett", "Dokumentation zu Physiotherapie und Ergotherapie", "Pflegebericht", "Operations-, PTCA-, PTA-Bericht(e)", "Vollständige Pflegedokumentation/Dokumentation zum PKMS" (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2022 – [B 1 KR 27/21 R](#) – juris, Rn. 14; BSG, Urteil vom 22. Juni 2022 – [B 1 KR 17/21 R](#) – juris, Rn. 15). Es ist nicht allein auf die schriftliche, insbesondere formularmäßige Bezeichnung bestimmter Unterlagen (z.B. "Aufnahmebefund", "Anamnese" oder "Assessment") abzustellen, insbesondere ist hierbei nicht an dem buchstäblichen Sinne des Ausdrucks zu haften, sondern der wirkliche Wille zu erforschen ([§ 133 BGB](#)). Namentlich sind auch ergänzende Umstände zu berücksichtigen, etwa eine rechtmäßige allgemeine Übung, mündliche Hinweise der Beteiligten oder vor der Unterlagenanforderung beim Krankenhaus einvernehmlich getroffene Absprachen. Zu bedenken ist auch die Interessenlage, insbesondere das Informationsgefälle zwischen Krankenhaus und MDK. Erst daraus folgt, wie das Krankenhaus die Unterlagenanforderung verstehen musste. Für die Frage, was Inhalt der Bezeichnung der konkreten Unterlagen ihrer Art nach ist, kommt es bei alledem auf den Empfängerhorizont des Krankenhauses an, nicht eines Dritten. Im Hinblick auf die einschneidenden Folgen einer unterlassenen Unterlagenübersendung muss die Bezeichnung der Unterlagen aber präzise und klar sein; Unklarheiten oder Zweifel gehen zulasten des Verwenders der Bezeichnung, d.h. des MDK und letztlich der KK (BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 22/21 R](#) – a.a.O., Rn. 17).

(a) Eingedenk dieser Grundsätze ist die Unterlagenanforderung in der Prüfmitteilung des MDK vom 25. Juni 2018 nicht als hinreichend konkret zu bewerten und daher nicht geeignet, eine Präklusion der Beatmungsprotokolle auszulösen.

Ausdrücklich bat der MDK nur um die „*Übersendung sämtlicher Behandlungsunterlagen, die geeignet sind, die Fragestellung der Krankenkasse bezogen auf den Prüfgegenstand vollumfänglich zu beantworten bzw. die zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt werden.*“ Eine konkrete Bezeichnung der benötigten medizinischen Unterlagen – hier namentlich der Beatmungsprotokolle – ist nicht erfolgt.

(b) Es ist weder ersichtlich noch durch die Beteiligten vorgetragen, dass es einer konkreten Bezeichnung ausnahmsweise aufgrund einer abweichenden langjährigen Übung nicht bedurft hätte. Auch auf ein Informationsgefälle kann sich die Beklagte hier nicht berufen, denn für den MDK ist es ebenfalls offensichtlich gewesen, dass Beatmungstunden in Beatmungsprotokollen dokumentiert werden.

Entgegen der Ansicht der Beklagten folgte die konkrete Bezeichnung zudem nicht aus dem Sachzusammenhang, hier aus dem Prüfauftrag

bzw. der gutachterlichen Fragestellung. Der vorliegende Fall zeigt, dass auch seitens des MDK als sachkundigen Adressaten des Prüfauftrages und der Fragestellung die konkret erforderliche Unterlagenbezeichnung nicht erkannt worden ist, und zwar obgleich es seine originäre Aufgabe ist, die Anspruchsprüfung durch Unterlagenauswahl zu konzentrieren (BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 16/21 R](#) – a.a.O., Rn. 17 f). Das Prüfverfahren ist in § 7 PrüfV 2016 nicht etwa so angelegt, dass an das Krankenhaus höhere Anforderungen zu stellen sind als an den das Verfahren leitenden MDK.

Diese Bewertung entspricht im Übrigen dem Gedanken, Ausnahmenvorschriften einer engen Auslegung zu unterziehen und demgemäß den Geltungsbereich der Präklusionsregel nicht weiter auszudehnen. Die Vorschriften, die eine materielle Präklusion begründen, haben einen "strengen Ausnahmecharakter" und sind aus überwiegend rechtsstaatlichen Gründen der Verfahrenskonzentration oder Verfahrensbeschleunigung nur zulässig, wenn das Verfahren entsprechend ausgestaltet ist und den Rechtsschutz nicht wesentlich erschwert. Sie müssen zumutbar und in ihrem Ausschließungsgehalt hinreichend genau bestimmt sein (BSG, Urteil vom 18. Mai 2021 – [B 1 KR 32/20 R](#) – a.a.O., Rn. 17 ff, 33; BSG, Urteil vom 18. Mai 2021 – [B 1 KR 24/20 R](#) – a.a.O., Rn. 19 ff, 35; zu § 7 Abs. 2 Satz 6 PrüfV 2016: BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 16/21 R](#) – a.a.O., Rn. 10 ff; BSG, Beschluss vom 22. August 2023 – [B 1 KR 22/23 B](#) – juris, Rn. 10). Dieser Aufgabe ist der MDK hier nicht nachgekommen.

(3) Da der MDK vorliegend keine den Grundsätzen der höchstrichterlichen Rechtsprechung entsprechende Unterlagenanforderung versandt hat, ist die Klägerin im Grundsatz berechtigt gewesen, die insoweit nicht präkludierten Beatmungsprotokolle auch im gerichtlichen Verfahren noch einzureichen. Dem steht auch nicht entgegen, dass die Klägerin gegen die ihr obliegende Mitwirkungsobliegenheit nach § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV 2016 verstoßen hat. Zwar bezieht sich auch auf diese die materielle Präklusionswirkung (BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 16/21 R](#) – a.a.O., Rn. 20ff. mit weiterer Begründung). Sie ist indes im vorliegenden Fall nicht einschlägig.

(a) Das Krankenhaus trifft im Grundsatz keine von der Anforderung des MDK unabhängige Obliegenheit zur Übersendung von Unterlagen. Es "kann" aber akzessorisch – zu den Unterlagenanforderungen des MDK – nach § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV 2016 die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen "ergänzen". Aus diesem Satz und dem weiteren Satz 5 des § 7 Abs. 2 PrüfV 2016 folgt die Obliegenheit des Krankenhauses, zusätzlich zu den vom MDK (ihrer Art nach konkret bezeichnet) angeforderten Unterlagen weitere Unterlagen zu übersenden, die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlich sind. Insoweit weicht die PrüfV 2016 von der für Behandlungsfälle bis zum 31. Dezember 2016 geltenden PrüfV 2014 ab (vgl. dazu BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 22/21 R](#) – a.a.O., Rn. 10 ff).

(b) Allerdings wird die zu der Unterlagenanforderung des MDK akzessorische Mitwirkungsobliegenheit des Krankenhauses nicht durch eine pauschale Unterlagenanforderung ausgelöst. Besteht eine Obliegenheit des Krankenhauses bereits nicht, können an die Nichtbeachtung auch keine nachteiligen Folgen, wie die Präklusion von Unterlagen, geknüpft werden. Erst eine (wenigstens) teilweise konkret bezeichnete Anforderung zieht die Obliegenheit des Krankenhauses zur Ergänzung nach sich. Dafür sprechen der Wortlaut <dazu unter (aa)>, die Systematik <dazu unter (bb)> und der Sinn und Zweck <dazu unter (cc)>. Etwas Anderes folgt im konkreten Fall auch nicht unter Einbezug des Prüfauftrages durch den Vorwurf treuwidrigen Verhaltens <dazu unter (dd)>

(aa) Der Wortlaut von § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV 2016 spricht gegen den Eintritt einer Sanktionsfolge bei bloß pauschaler Unterlagenanforderung. Denn danach trifft das Krankenhaus die Pflicht, die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen zu „ergänzen“. Eine Ergänzung bedeutet eine Hinzufügung fehlender Elemente zur Vervollständigung einer bestehenden Menge. Bei einer pauschalen Unterlagenanforderung, mit der der MDK um Übersendung sämtlicher, geeigneter Behandlungsunterlagen bittet, ist eine Ergänzung begriffsnotwendig ausgeschlossen (für den anders gelagerten Fall der teilkonkreten Unterlagenanforderung: BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 16/21 R](#) – a.a.O., Rn. 2, 33 <fehlende Verordnung, die auch nicht angefordert war>).

(bb) In systematischer Hinsicht bestimmt der MDK auch im Rahmen der PrüfV 2016 weiterhin auf der ersten Stufe sowohl über das "Ob" als auch über den Umfang und die Konkretisierung der Unterlagenanforderung und damit insgesamt über die Ermittlungstiefe. Der insoweit eröffnete Entscheidungsspielraum des MDK ändert nichts daran, dass nur eine der Art nach konkrete Bezeichnung der angeforderten Unterlagen die Verpflichtung des Krankenhauses zur Übersendung gemäß § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV 2016 auslöst (vgl. BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 16/21 R](#); SG Detmold, Urteil vom 7. Februar 2023 – [S 32 KR 70/21](#) - juris) und damit überhaupt erst die zweite – zur ersten akzessorische – Stufe der Unterlagenergänzung durch das Krankenhaus eröffnet.

(cc) Dieses Ergebnis stützt auch der Sinn und Zweck der Regelung. Ziel der PrüfV ist ein effizientes und konsensorientiertes Prüfverfahren, bei dem die Krankenkassen, der MDK und die Krankenhäuser konstruktiv zusammenarbeiten (§ 1 PrüfV 2016). § 7 Abs. 2 PrüfV 2016 dient vorrangig, aber nicht allein der Beschleunigung und Verfahrenskonzentration. Die Regelung schafft einen angemessenen Ausgleich zwischen dem Anspruch des Krankenhauses auf vollständige Vergütung der erbrachten erforderlichen Krankenhausbehandlungen und einem zügigen Abschluss des Prüfverfahrens und damit der Rechtssicherheit. Der Streitstoff für die Überprüfung der Abrechnung des Behandlungsfalles soll vollständig gebündelt und deren Abschluss insgesamt beschleunigt werden. Ist es grundsätzlich Aufgabe des MDK, die prüfrelevanten Begründungselemente durch die Unterlagenauswahl selbst so einzugrenzen, dass die Anspruchsprüfung konzentriert erfolgen kann, d.h. alle für die Anspruchsprüfung relevanten Gesichtspunkte erfasst werden können, kann er – wie bereits erläutert – diese Aufgabe nicht durch eine pauschale Unterlagenanforderung dem Krankenhaus aufbürden.

Zwar kennt der MDK – anders als das Krankenhaus – die Patientenakten nicht und weiß folglich auch nicht genau, welche Unterlagen zur Erfüllung des Prüfauftrages im Einzelfall erforderlich sind. Grenzt er die Unterlagenanforderung zur Beschleunigung und Konzentration des Prüfverfahrens ein, ist damit auch das Risiko verbunden, nicht alle für die Erfüllung des Prüfauftrages erforderlichen Unterlagen angefordert zu haben. Dabei wird dieses Risiko durch die Möglichkeit des MDK, weitere Unterlagen nachzufordern, allenfalls teilweise ausgeglichen (BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 16/21 R](#) – a.a.O., Rn. 24ff.). Auch diese Überlegung kann aber nicht dazu führen, dass der MDK sich komplett seiner Verantwortlichkeit für die Ausgestaltung des Prüfverfahrens entzieht und die konkrete Unterlagenauswahl letztlich über § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV 2016 dem Krankenhaus überlässt und dennoch dadurch die nicht unerhebliche Sanktionsfolge auszulösen vermag.

(dd) Entgegen dem Einwand der Beklagten handelt die Klägerin auch nicht treuwidrig, wenn sie sich vorliegend auf die hier nicht einschlägige Mitwirkungsobliegenheit beruft. Treuwidrigkeit folgt insbesondere nicht daraus, dass die Erforderlichkeit der Beatmungsprotokolle aus dem benannten Prüfgegenstand ersichtlich gewesen wäre. Als Prüfgegenstand gemäß § 4 PrüfV 2016 wurde hier benannt: „Frage zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen“. Er ist damit zunächst nur im Zusammenhang mit der dem MDK gestellten Gutachterfrage bestimmbar, nämlich: „Ist die Anzahl der Beatmungstunden korrekt?“.

Wenn jedoch bereits im Rahmen einer MDK-Unterlagenanforderung auf der ersten Stufe die – hier hypothetische – Benennung von Unterlagen nicht ihrer Art, sondern anhand von einzelnen Kodier- und Abrechnungselementen nicht ausreichend gewesen wäre, und dies – wie hier – auch nicht etwa auf einem Informationsgefälle beruht hätte, kann auch die Berufung des Krankenhauses, nicht auf einen bloßen Hinweis im Prüfgegenstand bzw. der Gutachterfrage zur Mitwirkung verpflichtet worden zu sein, nicht treuwidrig sein.

So bezeichnet die pauschale Anforderung z.B. "sämtlicher prüfungsrelevanter Unterlagen" und "Dokumente zum OPS/ZE: OPS9-200.*, ZE130.*, OPS8-83b.80, ZE133.01" keine konkreten Unterlagen und kann die Rechtsfolge des § 7 Abs. 2 PrüfV 2014 daher für sich genommen nicht auslösen (vgl. hierzu auch BSG vom 18. Mai 2021 – [B 1 KR 24/20 R](#) – a.a.O., Rn. 38). Die Benennung von Unterlagen anhand von einzelnen Kodier- und Abrechnungselementen (dort: OPS-Kodes und ZE) bezeichnet die Unterlagen nicht ihrer Art nach (z.B. "Operationsbericht"), sondern anhand ihres Aussagegehalts für die Begründung bestimmter Kodierungs- und Abrechnungselemente. Daraus kann das Krankenhaus ohne nähere inhaltliche Prüfung und Bewertung nicht entnehmen, welche konkreten Unterlagen der MDK verlangt (BSG, Urteil vom 22. Juni 2022 – [B 1 KR 27/21 R](#) – a.a.O., Rn. 14; ähnlich auch in BSG, Urteil vom 10. November 2021 – [B 1 KR 17/21 R](#) – a.a.O., Rn. 2 „prüfrelevante Prozedurenunterlagen“). Vorliegend handelt es sich ebenfalls um eine Kodierfrage, nämlich um die „berechtigte Anzahl der Beatmungstunden“.

3. Der von der Klägerin geltend gemachte Zinsanspruch ergibt sich aus § 15 Abs. 1 Satz 4 Landesvertrag NRW i.V.m. § 1 Diskontsatzüberleitungsgesetz (vgl. LSG NRW, Urteil vom 9. Juli 2020 – [L 16 KR 395/16](#)). Danach kann das Krankenhaus bei Überschreitung des Zahlungsziels von 15 Tagen nach Eingang der Rechnung (vgl. § 15 Abs.1 Satz 1 Landesvertrag NRW) nach Maßgabe der [§§ 286, 288 Abs. 1 BGB](#) Verzugszinsen in Höhe von 2 v.H. über dem jeweiligen Basiszins der Europäischen Zentralbank ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 Satz 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz.

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

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-11-04