

## **L 10 KR 226/22 KH**

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
10  
1. Instanz  
SG Detmold (NRW)  
Aktenzeichen  
S 22 KR 193/20  
Datum  
16.02.2022  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 10 KR 226/22 KH  
Datum  
18.10.2023  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

**Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 16.02.2022 insoweit geändert, als Zinsen erst ab dem 19.01.2019 zu zahlen sind.**

**Die weitergehende Berufung wird zurückgewiesen.**

**Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

**Der Streitwert wird auf 3.006,92 € festgesetzt.**

### **Tatbestand:**

Streitig ist die Vergütung stationären Krankenhausbehandlung i.H.v. 3.006,92 €.

Die Klägerin betreibt ein gemäß [§ 108](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus. In der Zeit vom 10.01.2018 bis 12.01.2018 wurde dort die bei der Beklagten versicherte L. A. (*im Folgenden: Versicherte*) vollstationär behandelt.

Mit am 17.01.2018 bei der Beklagten eingegangener Rechnung vom 16.01.2018 machte die Klägerin unter Zugrundelegung der Fallpauschale (DRG) I16B (*Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an der Schulter, Arm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula und Schultergelenk*) Behandlungskosten i.H.v. 3.006,92 € geltend, welche die Beklagte zunächst vollständig bezahlte.

Aufgrund eines Prüfauftrags der Beklagten vom 17.01.2018 übermittelte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) der Klägerin am 18.01.2018 eine Prüfanzeige zur Begutachtung im Rahmen einer Begehung mit den Prüfgegenständen primäre Fehlbelegung, sekundäre Fehlbelegung und Kodierung. Er werde sich zeitnah mit der Klägerin zur Terminabsprache in Verbindung setzen. In der Folge kam es nicht zu einer Terminabsprache, Unterlagen wurden nicht angefordert.

Unter dem 02.10.2018 übersandte der MDK der Klägerin unter Bezugnahme auf den Prüfauftrag vom 17.01.2018 eine erneute Prüfanzeige mit identischen Prüfgegenständen und bat 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“ bis 27.11.2018.

Eine Übersendung von Unterlagen durch die Klägerin an den MDK erfolgte nicht.

Am 14.12.2018 forderte die Beklagte die Klägerin zur Erstattung von 3.006,92 € auf. Da diese innerhalb von 8 Wochen keine Unterlagen an den MDK übersandt habe, bestehe ein Anspruch nur auf den unstrittigen Betrag. Prüfgegenstand sei u.a. die primäre Fehlbelegung gewesen, sodass sich der Erstattungsanspruch in genannter Höhe ergebe.

Am 18.01.2019 verrechnete sie diesen Betrag gegen unstrittige Forderungen der Klägerin aus zwei anderen Behandlungsfällen (*Rechnungsnummern: N01 und N02*).

Am 18.12.2019 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Detmold (SG) erhoben und die Zahlung von Behandlungskosten i.H.v. 3.006,92 € aus den o.g. Behandlungsfällen geltend gemacht. Die Forderungen seien nicht durch Aufrechnung erloschen, da der Beklagten kein Rückforderungsanspruch aus dem Behandlungsfall der Versicherten zustehe. Auf die Prüfanzeige vom 18.01.2018 sei eine Prüfung tatsächlich nicht durchgeführt worden. Die mit Schreiben vom 02.10.2018 erfolgte erneute Prüfanzeige sei verfristet. Bei direkter Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse betrage die hierfür maximale Zeitspanne acht Wochen ab Eingang der zahlungsbegründenden Unterlagen bei der Krankenkasse. Gemäß § 8 S. 3 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) gemäß § 17c Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vom 03.02.2016 (*PrüfV 2016*) habe die Leistungsentscheidung innerhalb von elf Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige nach § 6 Abs. 3 PrüfV 2016 zu erfolgen. Die Regelung wirke gemäß § 8 S. 4 PrüfV 2016 als Ausschlussfrist. Diese Frist habe die Beklagte bei erneuter Prüfung mit Schreiben vom 02.10.2018 nicht einhalten können, weil die Klägerin von ihrem Recht auf Nachlieferung der Unterlagen innerhalb von weiteren sechs Wochen nach Ablauf der Achtwochenfrist gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 PrüfV 2016 Gebrauch gemacht hätte. In dem Schreiben vom 02.10.2018 sei von einer Fortsetzung des Prüfverfahrens keine Rede gewesen. Vielmehr sei auf den Prüfauftrag der Beklagten vom 17.01.2018 Bezug genommen worden und nicht auf die bereits mit Schreiben vom 18.01.2018 angekündigte Begehung.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, die Aufrechnung sei zu Recht erfolgt. Ihr habe ein öffentlich-rechtlich Ersatzanspruch zugestanden, da die Klägerin die durch den MDK angeforderten Unterlagen nicht zur Prüfung übersandt und damit gegen ihre Mitwirkungspflichten aus § 7 Abs. 2 PrüfV 2016 verstoßen habe. Die Prüfung sei fristgerecht innerhalb der maßgeblichen Sechswochenfrist am 18.01.2018 angezeigt worden. Bei der Mitteilung vom 02.10.2018 handele es sich um eine bloße Änderung der Verfahrensart der Prüfung und damit um eine Fortführung des Prüfverfahrens. Eine Neueinleitung der Prüfung sei nicht erfolgt. Eine Änderung der Prüfmethode sei zulässig. Eine gesetzliche Regelung, die ein solches Vorgehen verbieten würde, sei weder ersichtlich noch vorgetragen. Da die Klägerin die Unterlagen nicht innerhalb von acht Wochen an den MDK übermittelt habe, habe sie nur einen Anspruch auf den unstrittigen Rechnungsbetrag.

Mit Urteil vom 16.02.2022 hat das SG die Beklagte zur Zahlung von 3.006,92 € nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem jeweils gültigen Basiszinssatz seit dem 18.01.2019 verurteilt. Die Forderungen der Klägerin aus den Behandlungsfällen mit den o.g. Rechnungsnummern seien begründet, da die Beklagte hiergegen nicht analog [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) habe aufrechnen dürfen. Ein Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall der Versicherten habe nicht bestanden. Die Beklagte habe die Leistungen für die Behandlung der Versicherten nicht ohne rechtlichen Grund erbracht. Vielmehr habe die Klägerin einen Vergütungsanspruch für die Behandlung der Versicherten in der geltend gemachten Höhe gehabt. Indem es die Beklagte unterlassen habe, fristgerecht eine Prüfung des MDK einzuleiten, sei eine Präklusionswirkung im Hinblick auf mögliche medizinische Einwendungen eingetreten. Gemäß [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) seien die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich sei, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Nach [§ 275 Abs. 1c S. 1](#) und 2 SGB V sei bei Krankenhausbehandlung nach § 39 eine Prüfung nach Abs. 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach S. 1 sei spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen. Die Regelung in [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) habe zur Folge, dass Krankenkasse und MDK bei einzelfallbezogenen Abrechnungsprüfungen nach Ablauf der Frist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) auf die Daten beschränkt seien, die das Krankenhaus der Krankenkasse im Rahmen seiner Informationsobliegenheit bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung – deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt – jeweils zur Verfügung gestellt habe. Die Amtsermittlungspflicht nach [§ 103](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) werde durch eine unterlassene bzw. nicht fristgerecht eingeleitete MDK-Prüfung eingeschränkt. Der Gesetzgeber habe die behördliche Sachverhaltsermittlung durch die bereichsspezifische Sonderregelung in [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) unter ein besonderes Beschleunigungsgebot gestellt. Die Frist sei zudem Ausdruck der besonderen Verantwortungsbeziehung zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen im Rahmen ihres Auftrags zur stationären Versorgung der Versicherten. Sie solle eine schnelle Abwicklung und Abrechnung der großen Zahl der Behandlungsfälle ermöglichen und das Vertrauen der Beteiligten auf den Abschluss der Leistungsabrechnung schützen. Hiermit sei es unvereinbar, wenn anstelle des nicht mehr befugten MDK nunmehr die Sozialgerichte erstmals den von einer Krankenkasse aufgeworfenen medizinischen Zweifelsfragen nachgehen und umfangreich Beweis erheben müssten. Die von den Vertragsparteien und vom Gesetzgeber beabsichtigte Beschleunigung des Verfahrens werde konterkariert, wenn im

vorgerichtlichen Verfahren nicht mehr zulässige Einzelfallprüfungen im Sozialgerichtsprozess durchgeführt würden. Dies führe die Beschleunigungsmaxime ad absurdum. Infolgedessen bestehe ein Beweisverwertungsverbot bezüglich der Patientenakte. Die Kammer dürfe die von der Beklagten vorprozessual unterbliebenen Ermittlungen im gerichtlichen Verfahren infolge des Verwertungsverbotes nicht mehr nachholen. Vorliegend sei die Rechnung der Klägerin am 17.01.2018 an die Beklagte übermittelt worden. Sie habe hierbei die ihr obliegenden Mitteilungspflichten im Verhältnis zur Krankenkasse über Anlass und Verlauf der abgerechneten Krankenhausversorgung ordnungsgemäß erfüllt und damit den Lauf der Frist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) in Gang gesetzt. Ein Verstoß gegen die Mitteilungspflichten aus [§ 301 SGB V](#) sei weder vorgetragen noch ersichtlich. Die Frist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) sei durch die Beklagte jedoch nicht eingehalten worden. Zunächst habe der MDK mit Schreiben vom 18.01.2018 eine Prüfung vor Ort angekündigt. Diese sei tatsächlich nicht durchgeführt worden. Der MDK habe auch nicht innerhalb der Frist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) mitgeteilt, dass ein Wechsel in das schriftliche Verfahren erfolgen solle. Die weitere Prüfanzeige vom 02.12.2018 sei weit außerhalb der Frist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) bei der Klägerin eingegangen. Auch ergebe sich aus diesem Schreiben nicht, dass nicht eine neue Prüfung eingeleitet werden, sondern die mit Schreiben vom 18.01.2018 eingeleitete Prüfung – weiter – durchgeführt werden solle. Bei der Prüfung vor Ort einerseits und der Prüfung im schriftlichen Verfahren andererseits handele es sich um zwei verschiedene Prüfverfahren. Ein Wechsel zwischen den beiden Prüfverfahrensarten sei – innerhalb der Frist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) – möglich, hier aber nicht erfolgt. Das Schreiben vom 02.10.2018 enthalte auch keinen Hinweis darauf, dass an eine bereits eingeleitete Prüfung angeknüpft werden oder dass ein Wechsel der Prüfverfahrensart erfolgen solle. Vielmehr sei das Schreiben als Anzeige eines neuen Prüfverfahrens formuliert. Die Beklagte habe hiernach weder auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung nicht medizinische Nachfragen an die Klägerin gerichtet noch auf der zweiten Stufe fristgerecht ein Prüfverfahren eingeleitet. Die Prüfung beschränke sich damit auf den Sachverhalt, wie er sich aus den nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) übermittelten Daten und der Rechnung darstelle. Anhaltspunkte für eine mangelnde Erforderlichkeit der stationären Behandlung oder eine fehlerhafte Abrechnung ergäben sich aus diesen Daten nicht. Von der Erforderlichkeit der stationären Behandlung sei auszugehen. Der formal ordnungsgemäß abgerechnete Vergütungsanspruch aus dem Behandlungsfall der Versicherten sei auch fällig gewesen. Die Informationen nach [§ 301 SGB V](#) seien der Beklagten übermittelt worden. Gegenteiliges sei weder vorgetragen noch ersichtlich.

Gegen das am 28.02.2022 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 28.03.2022 Berufung eingelegt. Zur Begründung wiederholt sie ihr bisheriges Vorbringen. Der vorliegende Abrechnungsfall sei innerhalb der gesetzlichen Frist in vorgeschriebener Form beanstandet worden. Der Wechsel von einem Begehungsverfahren zu einer Begutachtung im schriftlichen Verfahren führe nicht dazu, dass eine neue Prüfung eingeleitet werde und die vorherige Prüfung obsolet sei. Eine Beschränkung des Prüfungsumfangs im gerichtlichen Verfahren bestehe deshalb nicht. Es sei anhand der gesamten Patientenakte zu prüfen, ob der stationäre Aufenthalt medizinisch notwendig gewesen und die Abrechnung der Klägerin korrekt erfolgt sei. Die Beklagte halte es aus prozessökonomischen Gründen daher für sinnvoll, den MDK unter Vorlage der gesamten Patientenakte mit einer erneuten Prüfung zu beauftragen. Es werde daher um Übersendung der Patientenakte gebeten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 16.02.2022 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie meint, die Prüfung des strittigen Behandlungsfalles beschränke sich auf den Sachverhalt, der sich aus den nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) übermittelten Daten und der Rechnung ergebe. Die Klägerin sei nicht verpflichtet, die Behandlungsunterlagen zur nachträglichen Überprüfung des Behandlungsfalles zu übersenden. Es seien keine Gründe dafür ersichtlich, den hiesigen Fall einer eingeleiteten, aber im Ergebnis nicht durchgeführten Prüfung anders zu bewerten, als den Fall einer von vornherein unterlassenen Einleitung eines Prüfverfahrens. In beiden Fällen würden Daten, die im Rahmen des Prüfverfahrens durch den MDK beim Krankenhaus hätten erhoben werden können, tatsächlich nicht erhoben. Durch die Leistungsentscheidung der Beklagten sei das Prüfverfahren, in dem ein Einsichtsrecht in die Behandlungsunterlagen bestanden hätte, beendet worden. Damit sei auch das mittelbare Einsichtsrecht der Beklagten geendet. Zu den Rechtsfolgen eines nicht durchgeführten Prüfverfahrens habe das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 22.06.2022 ([B 1 KR 19/21 R](#)) entschieden, dass hierdurch eine Beweiserleichterung bis hin zur Umkehr der Beweislast zugunsten des Krankenhauses eintrete. Dieses solle unter dem Druck der Beweislast letztlich nicht doch gezwungen sein, Behandlungsunterlagen zu offenbaren, deren Anforderung dem Gericht verwehrt sei. Die Krankenkasse habe hiernach die Tatsachen zu belegen, die sie als Einwände gegen den Vergütungsanspruch des Krankenhauses im streitigen Behandlungsfall geltend mache. Sofern relevante Tatsachen für die von der Krankenkasse erhobenen Einwände unaufklärbar blieben, gingen verbleibende Zweifel zu ihren Lasten. Hieran ändere auch die Umstellung des MDK vom Begehungsverfahren ins schriftliche Verfahren vom 02.10.2018 mit konkreter Unterlagenanforderung nichts. Diese Umstellung sei verfristet erfolgt, sodass ein schriftliches Verfahren mit den Rechtsfolgen des § 7 Abs. 2 S. 2 ff. PrüfV 2016 nicht wirksam eingeleitet worden sei. Das Krankenhaus habe daher schon von vornherein nicht die Obliegenheit getroffen, Unterlagen zu übersenden. Auch das BSG habe mit Urteil vom 18.05.2021 ([B 1 KR 32/20 R](#)) hinsichtlich des Wechsels des Prüfverfahrens ausdrücklich Bezug auf die Sechswochenfrist nach [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) Bezug genommen und nicht auf die Elfmonatsfrist des § 8 PrüfV 2016 abgestellt. Zudem handele es sich bei der Festlegung der Verfahrensart grundsätzlich um ein Konsensverfahren, sodass der MDK nicht unbegrenzt und willkürlich zwischen beiden Verfahrensarten wechseln könne. Auch unter dem Blickwinkel, dass die Regelungen des § 7 PrüfV 2016 einer effizienten und zügigen Prüfung des Behandlungsfalles dienen, könne nicht vertreten werden, dass der MDK zeitlich unbegrenzt bis zur Leistungsentscheidung zwischen den Verfahrensarten wechseln könne, da mit einem Wechsel immer auch neue Fristabläufe in Gang gesetzt würden, die zu einer Verzögerung des Verfahrens führen könnten. Da sich die Klägerin auf den Ablauf der Ausschlussfrist berufe, komme eine Übersendung der Behandlungsunterlagen auch im Klageverfahren nicht in Betracht.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichts- sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

### Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig und begründet, soweit das SG die Beklagte zur Zahlung von Zinsen für den 18.01.2019 verurteilt hat. Die weitergehende Berufung ist unbegründet.

Das SG hat die Beklagte zu Recht zur Zahlung von 3.006,92 € nebst Zinsen ab dem 19.01.2019 verurteilt.

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig. Bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses bzw. eines Krankenträgers gegen eine Krankenkasse oder umgekehrt bei einer auf Erstattung einer gezahlten Vergütung gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus oder eines Krankenträgers handelt es sich um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. etwa BSG, Urteil vom 17.06.2000 – [B 3 KR 33/99 R](#), juris Rn. 14; Urteil vom 23.07.2002 – [B 3 KR 64/01 R](#), juris Rn. 13), sodass es eines Vorverfahrens nicht bedurfte und eine Klagefrist nicht einzuhalten war.

Die Klage ist in der Hauptsache auch begründet. Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung von 3.006,92 € aus ihren Rechnungen mit den Rechnungsnummern 58000904 und 58000905. Diese Vergütungsansprüche sind dem Grunde nach unstrittig; eine weitere Prüfung erübrigt sich deshalb (dazu BSG, Urteil vom 30.07.2019 – [B 1 KR 31/18 R](#), Rn. 9). Der Vergütungsanspruch ist in der streitbefangenen Höhe auch nicht durch Aufrechnung erloschen ([§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 389 BGB](#)). Es fehlt bereits an einer Aufrechnungslage ([§ 387 BGB](#)), weil der durch die Klägerin geltend gemachte Vergütungsanspruch i.H.v. 3.006,92 € bestand und der Beklagten der geltend gemachte Erstattungsanspruch aus der Behandlung der Versicherten damit nicht zustand.

Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der vollstationären Behandlung der Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Krankenhausentgeltgesetz und § 17b KHG. Die Zahlungsverpflichtung der 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 im Rahmen seines Versorgungsauftrags durchgeführt, sie i.S. von [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich ist und die Leistungen insgesamt wirtschaftlich ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) erbracht werden (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2022 – [B 1 KR 19/21 R](#), Rn.10 m.w.N.).

Entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten ist der Anspruch der Klägerin nicht bereits gemäß § 7 Abs. 2 S. 6 PrüfV 2016 erloschen (1.). Eine weitergehende Ermittlungspflicht des Senats besteht nicht, da sonstige Einwände, die dem Vergütungsanspruch der Klägerin entgegenstehen, durch die Beklagte nicht erhoben worden sind (2.).

1. Die Klägerin hat nicht gegen ihre Mitwirkungspflichten aus § 7 Abs. 2 S. 2-5 PrüfV 2016 mit der Folge verstoßen, dass sie nur einen Anspruch auf den unstrittigen Rechnungsbetrag hat.

Gemäß § 7 Abs. 2 PrüfV 2016 kann der MDK bei einer Prüfung im schriftlichen Verfahren die Übersendung von Kopien der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistungen sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt (S. 2). Dabei kann sowohl der MDK die angeforderten Unterlagen konkret benennen als auch das Krankenhaus die aus seiner Sicht zur Erfüllung des konkreten Prüfauftrags erforderlichen Unterlagen ergänzen (S. 3). Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb von acht Wochen nach Zugang der Unterlagen Anforderung an den MDK zu übermitteln (S. 4). Die vom MDK angeforderten und gegebenenfalls vom Krankenhaus ergänzten Unterlagen müssen dem MDK innerhalb der Frist des S. 4 zugegangen sein (S. 5). Sind die Unterlagen dem MDK nicht fristgerecht zugegangen, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag (S. 6).

§ 7 Abs. 2 S. 2-6 PrüfV 2016 gilt nur für das schriftliche Verfahren. Auf die Prüfung vor Ort findet die Vorschrift keine Anwendung (vgl. Urteil des Senats vom 01.02.2023 – [L 10 KR 32/22 KH](#), juris Rn. 31 ff.; vgl. auch BSG, Urteil vom 18.05.2021 – [B 1 KR 32/20 R](#), Rn. 15 zur PrüfV 2014). Voraussetzung der Durchführung des Prüfverfahrens ist, dass die Prüfung durch den MDK gemäß [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) in der im

vorliegenden Fall anwendbaren Fassung vom 23.12.2017 fristgemäß angezeigt worden ist.

Nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Nach [§ 275 Abs. 1c S. 1](#) und 2 SGB V ist bei Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) eine Prüfung nach Abs. 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach S. 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen (S. 2). Hierbei handelt es sich um eine Ausschlussfrist (vgl. *BSG, Urteil vom 16.05.2012 - B 3 KR 14/11 R, juris Rn. 17*).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist der Wechsel vom Begehungsverfahren in das schriftliche Verfahren außerhalb der auch in diesem Zusammenhang maßgeblichen Sechswochenfrist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) erfolgt und mithin verfristet.

Die Rechnung der Klägerin vom 16.01.2018 ist am 17.01.2018 bei dem Tag eingegangen. Der Wechsel des Prüfverfahrens vom Begehungs- zum schriftlichen Verfahren ist der Klägerin durch den MDK am 02.10.2018 mitgeteilt worden und damit nach Ablauf der Frist von sechs Wochen erfolgt.

Die Frist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) findet auch bei einem Wechsel des Prüfverfahrens Anwendung (vgl. *BSG, Urteil vom 18.05.2021 - B 1 KR 32/20 R - Rn. 15*). Hierfür spricht insbesondere, dass der Gesetzgeber die behördliche Sachverhaltsermittlung durch eine bereichsspezifische Sonderregelung (hier: [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#)) unter ein besonderes Beschleunigungsgebot gestellt hat (vgl. *BSG, Urteil vom 16.05.2012 - B 3 KR 14/11 R, juris Rn. 26*), welchem letztlich auch die in § 7 Abs. 2 PrüfV2016 getroffenen Fristenregelungen dienen (vgl. *BSG, Urteil vom 10.11.2021 - B 1 KR 16/21 R, Rn. 25*). Diesem Beschleunigungsgebot würde es zuwiderlaufen, wenn ein Wechsel des Prüfverfahrens außerhalb der Frist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) möglich wäre und hierdurch als Folge auch die in § 7 Abs. 2 S. 4 bzw. S. 7 PrüfV 2016 getroffenen Fristenregelungen nach hinten verschoben würden.

Hat der MDK in Ermangelung einer fristgemäßen Anzeige ein Prüfverfahren nicht wirksam in Gang gesetzt, kann sich die Beklagte bereits aus diesem Grunde nicht auf die in § 7 Abs. 2 S. 6 PrüfV 2016 getroffene Regelung berufen, wonach ein Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag besteht.

Zudem hat der MDK die Anforderung der Unterlagen auch nicht hinreichend konkretisiert. Nur eine der Art nach konkrete Bezeichnung der angeforderten Unterlagen löst die Verpflichtung des Krankenhauses zur Übersendung gemäß § 7 Abs. 2 S. 4 PrüfV 2016 aus (vgl. *BSG, Urteil vom 10.11.2021 - B 1 KR 16/21 R - Rn. 19*). Die pauschale Anforderung „sämtlicher prüfrelevanten Unterlagen“ löst die Rechtsfolgen des § 7 Abs. 2 S. 4 ff. PrüfV 2016 nicht aus (vgl. *BSG, a.a.O. Rn. 32*).

Vorliegend hat der MDK am 02.10.2018 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“ gebeten.

Diese Anforderung war jedenfalls nicht hinreichend konkretisiert, um die Rechtsfolge des § 7 Abs. 2 S. 6 PrüfV 2016 auszulösen zu können, sodass sich die Beklagte auch aus diesem Grunde nicht auf die in § 7 Abs. 2 S. 6 PrüfV 2016 getroffene Regelung stützen kann.

2. Sonstige Einwände, die dem Vergütungsanspruch der Klägerin entgegenstehen, sind durch die Beklagte nicht erhoben worden und auch nicht ersichtlich.

Hat die Krankenkasse von einem Prüfverfahren i. S. d. [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) abgesehen, besteht eine auf die Einwände der Krankenkasse beschränkte Ermittlungspflicht des Gerichts. Daran muss das Krankenhaus nicht mitwirken. Die Erhebung und Verwertung derjenigen Daten, die nur im Rahmen des Prüfverfahrens durch den MDK beim Krankenhaus hätten erhoben werden können, ist dem Gericht verwehrt (vgl. *BSG, Urteil vom 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R, juris Rn. 32*). Da bei Nichtdurchführung des Prüfverfahrens der Krankenkasse ihre Einwände nicht abgeschnitten sind, ist das Gericht zur Ermittlung des entscheidungserheblichen Sachverhalts grundsätzlich verpflichtet ([§ 103 SGG](#)). Zur Ermittlung besteht allerdings nur Anlass, wenn von dem Beteiligten ein dem Gericht nicht bekannter Sachverhalt so vorgetragen wird, dass seine Entscheidungserheblichkeit erkennbar wird und sich daraus Anlass zu Ermittlung ableiten lässt. Dies erfordert, dass die Krankenkasse auf konkrete Beweismittel außerhalb der Behandlungsunterlagen des Krankenhauses Bezug nimmt, aus denen Tatsachenbehauptungen abgeleitet werden können, die, wenn sie zutreffen, geeignet sind, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses zu reduzieren oder gar auszuschließen (vgl. *BSG, a.a.O. Rn. 33 m.w.N.*).

Nichts anderes gilt zur Überzeugung des Senats, wenn der MDK einen Wechsel im Prüfverfahren außerhalb der Frist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) anzeigt. Die Interessenlage unterscheidet sich insofern nicht von derjenigen in Fällen, in denen ein Prüfverfahren überhaupt nicht eingeleitet worden ist. Auch in diesen Fällen ist die Amtsermittlungspflicht durch die nicht fristgerechte Einleitung der MDK Prüfung eingeschränkt. Denn Behandlungsunterlagen des Krankenhauses oder andere seinem Verantwortungsbereich zuzurechnende Beweismittel können im gerichtlichen Verfahren nur noch herangezogen und verwertet werden, wenn zuvor bereits das Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) in einer den Anforderungen des [§ 275 1c S. 1 und 2 SGB V](#) „genügenden Weise“ eingeleitet und durchgeführt worden ist (vgl. *BSG, Urteil vom 16.05.2012 - B 3 KR 14/11 R, juris Rn. 10*). Mit dem Schutzzweck der in [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) getroffenen Regelung wäre es unvereinbar, wenn anstelle des nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zur Prüfung berufenen, wegen Ablaufs der Sechswochenfrist aber nicht mehr befugten MDK nunmehr die Sozialgerichte an dessen Stelle erstmals den von einer Krankenkasse aufgeworfenen medizinischen Zweifelsfragen nachgehen und in aller Regel umfangreich Beweis erheben müssten. Sie würden hierdurch nachhaltig in die Abrechnungsbeziehung zwischen Krankenhäusern und Krankenkasse eingreifen und im vorgerichtlichen Verfahren nicht mehr zulässige Einzelfallprüfung im Sozialgerichtsprozess durchführen, obwohl der Gesetzgeber mit der Einführung von [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) bewusst derartige Einzelfallprüfung beschränken und stattdessen die Stichprobenprüfung nach [§ 17c Abs. 2 KHG](#) aufwerten wollte. Deshalb ist eine Begrenzung der gerichtlichen Amtsermittlungspflicht nach [§ 103 SGG](#) geboten, soweit das Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1](#) verspätet eingeleitet worden und deshalb eine Prüfung durch den MDK nach [§ 276 Abs. 2 S. 1 2. HS SGB V](#) ausgeschlossen ist (vgl. *BSG, a.a.O. Rn 28*).

Die Beklagte hat keinen dem Gericht nicht bekannten Sachverhalt so vorgetragen, dass seine Entscheidungserheblichkeit erkennbar wird und sich daraus Anlass zu Ermittlungen ableiten lässt. Sie hat weder konkrete Einwände erhoben noch Beweismittel außerhalb der Behandlungsunterlagen des Krankenhauses benannt, aus denen Tatsachenbehauptungen abgeleitet werden können, die, wenn sie zutreffen, geeignet sind, den Vergütungsanspruch der Klägerin zu reduzieren oder gar auszuschließen

Darüber hinaus ergeben sich auch aufgrund der Prüfung des Sachverhalts, wie er sich aus den nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) übermittelten Daten der Rechnung darstellt, weder Anhaltspunkte für eine mangelnde Erforderlichkeit der stationären Behandlung oder eine fehlerhafte Abrechnung. Der Senat nimmt insoweit auf die zutreffenden Ausführungen des SG in dem angefochtenen Urteil Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Auch mit der Berufung hat die Beklagte hierzu keine konkreten Angaben gemacht.

Insofern bestand auch kein Anlass für die durch die Beklagte beantragte Beiziehung der Patientenakte der Klägerin. Denn die Ausschlussfrist des [§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V](#) beschränkt die grundsätzliche Pflicht der Sozialgerichte, über Vergütung rechtlich relevante Umstände der Krankenhausbehandlung Beweis zu erheben, dazu Behandlungsunterlagen des Krankenhauses beizuziehen und diese in der Beweiswürdigung zu berücksichtigen, auf etwaige von der Krankenkasse vorgetragene Einwände (*BSG, Urteil vom 22.06.2022 - B 1 KR 19/21 R, Rn.34*).

Aus den genannten Gründen kann auch dahinstehen, welche (weiteren) Rechtsfolgen sich im Rahmen einer etwaigen Ermittlungspflicht des Senats hinsichtlich der Beiziehung weiterer Behandlungsunterlagen aus der unzureichenden Konkretisierung der durch den MDK angeforderten Unterlagen ergeben.

Denn der Vortrag der Beklagten bietet nach o.g. keinen Anlass zu weiteren Ermittlungen des Senats.

3. Der Zinsanspruch folgt aus [§ 15 Abs. 1 S. 4](#) des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung - für Nordrhein-Westfalen](#). Danach kann das Krankenhaus bei Überschreitung des Zahlungsziels nach Maßgabe der [§§ 284, 285, 288 BGB](#) Verzugszinsen i.H.v. 2 v.H. über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tage verlangen. Ausweislich der Angaben im Zahlungssavis waren die unstreitigen Forderungen den Rechnungsnummern 58000904 und 58000905 am 18.01.2019 fällig, sodass der Zinsanspruch erst ab dem 19.01.2019 entstanden und die angefochtene Entscheidung insoweit abzuändern ist.

4. Kostenentscheidung und Streitwertfestsetzung folgen aus [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung bzw. [§§ 63 Abs. 2 S. 1, 52 Abs. 1, 47 Abs. 1 S. 1](#) Gerichtskostengesetz.

5. Anlass, gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) die Revision zuzulassen, besteht nicht. Insbesondere kommt der Sache keine grundsätzliche Bedeutung zu, da es sich um abgelaufenes Recht handelt.

Rechtskraft  
Aus  
Saved

2024-02-16