
S 48 KR 1115/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Sozialgericht Dortmund
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	48
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 48 KR 1115/17
Datum	25.05.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 6.808,58 Euro nebst zwei Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.07.2016 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 6.808,58 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 6.808,58 Euro. Der bei der beklagten Krankenkasse gesetzlich Versicherte M O (im Folgenden: Versi-cherter), geb. 20.02.2009, leidet unter anderem an einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens (F90.1), einer emotionalen Störung mit Labilität und Stimmungswech-seln (F93.8) sowie einer Entwicklungsstörung schulischer Fähigkeiten bei kognitiver Leistungsfähigkeit im untersten Durchschnittsbereich und Schwächen in der Merkfähig-keit (F81.8). Er wurde vom 01.02.2016 bis zum 16.02.2016 im Krankenhaus der Klägerin im Rahmen einer neuro- und sozialpädiatrischen Komplexbehandlung stationär behan-delt. Diese beinhaltete neben diversen Untersuchungen insbesondere eine heilpädagogische Gruppentherapie, eine ergotherapeutische Therapie sowie eine sprachtherapeutische und psychologische Therapie. Die Rechnung der Klägerin vom

05.04.2016 über die stationäre Behandlung in Höhe der Klageforderung beglich die Beklagte zunächst. Sie leitete jedoch eine Prüfung der stationären Behandlung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz (MDK) ein. Mit Schreiben vom 21.04.2016 bat der MDK die Klägerin "um Übersendung sämtlicher prüfungsrelevanten Unterlagen, mindestens jedoch um Übersendung der folgenden Unterlagen []". Aus der nachfolgenden Liste möglicher Unterlagen wurden folgende Unterlagen mittels Markierung eines dazugehörigen Kästchens mit einem Kreuzchen zur Übermittlung erbeten: Arztbrief(e)/Entlassungsbericht(e), Fieberkurven komplett, prüferelevante Prozedurenberichte, Pflegebericht, Operations-, PTCA-, PTA-Bericht(e) sowie Labordaten. Nicht ausgewählt wurde das Kästchen neben dem Eintrag "Krankenakte komplett". In der Folge übermittelte die Klägerin dem MDK den Entlassungsbericht vom 20.05.2016 mit Stellungnahmen zum Aufnahmearbeit, zu körperlichen Untersuchungsbefunden, Laborwerten, EEG-Befunden, zur heilpädagogischen Gruppentherapie, ergotherapeutischen Therapie, sprachtherapeutischen und psychologischen Therapie. Sie übermittelte dem MDK weiterhin einen Verlaufsbericht mit Durchführungsnachweisen vom 19.05.2016. Die Fieberkurve übermittelte die Klägerin dem MDK trotz Anforderung nicht. In seinem Gutachten vom 10.06.2016 kam der MDK "nach Aktenlage mit (Teilen der) Akte in Kopie" zu dem Ergebnis, dass eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit nicht vorgelegen habe. Weitere Angaben über ausgewertete Unterlagen oder solche, die nicht zur Auswertung vorlagen, enthält das Gutachten nicht. Aus dem Gutachten geht auch nicht hervor, aus welchen Unterlagen bestimmte Information oder Schlüsse gezogen worden sind oder mangels Vorliegens dieser Unterlagen nicht gezogen werden konnten. Mit Schreiben vom 21.07.2016 erklärte die Beklagte gegenüber der Klägerin die Aufrechnung mit einer anderen unstrittigen Forderung der Klägerin aus einem oder mehreren anderen Behandlungsfällen. Mit Schriftsatz vom 01.06.2017 hat die Klägerin Klage bei dem Sozialgericht Dortmund auf Erstattung von Behandlungskosten erhoben. Im Laufe des Klageverfahrens ist der MDK in einem zweiten Gutachten vom 29.12.2017 zu dem Ergebnis gekommen, dass die stationäre Aufnahme des Versicherten vollumfänglich notwendig gewesen sei. Per E-Mail vom 19.02.2018 hat der MDK der Beklagten mitgeteilt, dass sich auf Basis der zum ersten Gutachten vom 16.06.2016 vorliegenden Unterlagen nicht die Beurteilung aus dem zweiten Gutachten vom 29.12.2017 hätte ableiten lassen. Das zweite Gutachten habe auf Basis der kompletten Krankenakte erstellt werden können, die deutlich mehr Informationen zum Verlauf/Verhalten des Versicherten enthalte. Die Klägerin ist der Auffassung, sie sei als Leistungserbringerin nur zur Übermittlung der angeforderten Unterlagen befugt. Der MDK habe jedoch nicht die komplette Patientenakte angefordert. In einem konsensualen Prüfverfahren sei es Aufgabe des MDK, bei Bedarf weitere Informationen anzufordern. Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 6.808,58 Euro nebst zwei Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.07.2016 zu zahlen. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie beantragt hilfsweise unter der Bedingung, dass das Gericht von der Unzulässigkeit der Aufrechnung ausgeht, die Klägerin zu verurteilen, an die Beklagte 6.808,58 Euro zu zahlen. Die Klägerin beantragt, die Hilfswiderklage abzuweisen. Die Beklagte ist der Ansicht, die Klägerin sei beweispflichtig für ihre Forderung und habe alle relevanten Unterlagen vorzulegen. Die ursprünglich eingereichten Unterlagen seien nicht ausreichend gewesen. Die Beklagte beruft sich insofern auf eine etwaige Ausschlussfrist des § 7

Abs. 2 Satz 4 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV). Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakte und der ebenfalls beigezogenen Patientenakte verwiesen. Diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet. I. Die zum sachlich und örtlich zuständigen Sozialgericht Dortmund formgerecht erhobene Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) ist zulässig. Die Klage eines Krankenhauses auf Erstattung von Krankenhausbehandlungskosten eines Versicherten der Beklagten ist ein sogenannter Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urt. v. 17.05.2000, [B 3 KR 33/99 R](#), juris, Rn. 14). Das Krankenhaus der Klägerin ist ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 Nr. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V). Die Klage ist begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Zahlungsanspruch in Höhe der Klageforderung. 1. Den ursprünglichen Anspruch der Klägerin aus dem streitigen Behandlungsfall des Versicherten M O hat die Beklagte durch Zahlung erfüllt. Die Klägerin hat jedoch einen Anspruch auf Zahlung der Behandlungskosten in Höhe der Klageforderung aus einem oder mehreren anderen Behandlungsfällen (vgl. Sammelavis vom 21.07.2017). Dieser Anspruch ist zwischen den Beteiligten unstreitig. 2. Dieser Anspruch ist entgegen der Ansicht der Beklagten nicht durch Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Beklagten gegen die Klägerin analog [§ 389 Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#) in Verbindung mit [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) aus dem Behandlungsfall M O erloschen. Der Beklagten steht ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch gegen die Klägerin nicht zu. Sie hat gegenüber der Klägerin keine Leistung ohne Rechtsgrund erbracht. Es ist zwar anerkannt, dass Krankenkassen Leistungen, die sie zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit, die in Wirklichkeit nicht besteht, erbracht haben, von Krankenhäusern im Wege des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch analog [§§ 812 ff. BGB](#) zurückfordern können (BSG, Urt. v. 22.07.2004, [B 3 KR 21/03](#), juris, Rn. 16). Dieses aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Rechtsinstitut setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. BSG, a.a.O.). Ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis liegt hier vor, da die im Verhältnis der Klägerin zur Beklagten in Bezug auf den Streitgegenstand entscheidenden Normen dem öffentlichen Recht, namentlich dem SGB V entstammen. Im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs gelten ähnliche Grundsätze wie im Recht der ungerechtfertigten Bereicherung nach den [§§ 812 ff. BGB](#). Allgemein anerkannt ist für den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch, dass Leistungen zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit, die in Wirklichkeit nicht besteht, eine rechtsgrundlose Vermögensverschiebung darstellen und grundsätzlich zurückgefordert werden können (BSG, a.a.O.). Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor, weil die Verbindlichkeit der Beklagten gegenüber der Klägerin aus dem Behandlungsfall des Versicherten M O tatsächlich besteht bzw. vor der Zahlung

bestanden hat. Der Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte ergibt sich aus [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2016 und die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2016. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht nach ständiger Rechtsprechung unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S.d. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (BSG, Urt. v. 30.06.2009 – [B 1 KR 24/08 R](#), juris, Rn. 15). Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte einen Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme oder die Behandlung im häuslichen Umfeld nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Zur Überzeugung der Kammer liegen die Voraussetzungen dieser Vorschrift vor. Der Versicherte hatte gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf stationäre Behandlung. Die stationäre Behandlung war zur Überzeugung der Kammer erforderlich. Davon gehen, zumindest nach dessen zweiten Gutachten, auch der MDK und dem folgend die Beteiligten übereinstimmend aus. Die dem MDK für das zweite Gutachten überlassenen Unterlagen dürfen zur Überzeugung der Kammer bei der Prüfung der Erforderlichkeit der stationären Behandlung Berücksichtigung finden. Die Kammer war nicht gehalten, ihre Entscheidung allein auf die dem MDK für das erste Gutachten vorliegenden Unterlagen zu stützen. Die Vorschrift des § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfV in der für das Streitjahr gültigen Fassung steht der Berücksichtigung nicht entgegen. Gemäß § 7 Abs. 2 Satz 2 PrüfV kann der MDK im hier einschlägigen schriftlichen Verfahren von dem Krankenhaus die Übermittlung einer Kopie der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. Das Krankenhaus hat die Unterlagen nach Satz 3 der Vorschrift innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln. Erfolgt dies nicht, hat das Krankenhaus gemäß § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag. Zwar geht die Kammer davon aus, dass § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfV eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist enthält (dazu a)). Diese findet zur Überzeugung der Kammer jedoch keine Anwendung, weil die Klägerin alle erforderlichen Unterlagen fristgemäß an den MDK übermittelt hat (dazu b)). a) § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfV enthält eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist (BSG, Urt. v. 19.11.2019, [B 1 KR 33/18 R](#), juris, Rn. 16 [obiter dictum]; SG Reutlingen, Urt. v. 14.03.2018, [S 1 KR 2084/17](#), juris, Rn. 44; a.A. in jüngerer Zeit SG Detmold, Urt. v. 16.05.2019, [S 24 KR 1181/18](#), juris, Rn. 29). Dies ergibt sich zur Überzeugung der Kammer aus dem Wortlaut der Vorschrift, ihrer systematischen Stellung und ihrem Sinn und Zweck. Der Wortlaut des § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV knüpft an die Aufforderung zur Übermittlung von Unterlagen an den MDK an und statuiert, dass das Krankenhaus Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag hat, wenn es die Unterlagen nicht innerhalb der Frist des Satz 3 übermittelt. Da der Anspruch auf den unstrittigen Rechnungsbetrag ohnehin

besteht, wäre die Regelung des Satz 4 andernfalls gegenstandslos und überflüssig. Denn der streitige Rechnungsbetrag ist gerade derjenige, der anhand der nach § 7 Abs. 2 Satz 2 und 3 PrüfV zu übermittelnden Unterlagen überprüft werden soll. In systematischer Hinsicht stützt sich die Vorschrift mit [§ 17c Abs. 2 KHG](#) auf eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage (BSG, Urt. v. 19.11.2019, [B 1 KR 33/18 R](#), juris, Rn. 16 [obiter dictum]; LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 21.01.2020, [L 11 KR 1437/19](#), juris, Rn. 36; a.A.: SG Dortmund, Urt. v. 05.05.2017, [S 49 KR 580/16](#), juris, Rn. 44; offengelassen: LSG NRW, Beschl. v. 22.02.2018, [L 16 KR 445/17 NZB](#), juris, Rn. 7). Dabei mag die Vorschrift zwar im Wesentlichen einen verfahrensrechtlichen, nicht einen materiell-rechtlichen Hintergrund haben. Der Wortlaut des [§ 17c Abs. 2 KHG](#) legt jedoch nahe, dass den Vertragsparteien ein gewisser Spielraum eingeräumt worden ist, welche Inhalte sie für regelungsbedürftig und -relevant halten, indem das "Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275c SGB V](#)" geregelt werden kann. Die Benennung der zu vereinbarenden Regelungsinhalte in [§ 17c Abs. 2 KHG](#) ist nach der Gesetzesbegründung nicht abschließend ist ([BT-Drs. 17/13947, S. 38](#)). Zur Überzeugung der Kammer umfasst die Ermächtigung zur Regelung eines Verfahrens – hier des Prüfverfahrens nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) – typischerweise auch die Ermächtigung zur Implementierung von Fristen, um das Verfahren effizient zu gestalten. Dies wiederum erfordert die Möglichkeit, Sanktionen für den Fall der Fristversäumnis zu implementieren, um die Einhaltung der Fristen zu forcieren und damit die Effizienz des Verfahrens zu gewährleisten. Die teleologische Auslegung stützt dieses Verständnis. Zielsetzung der PrüfV ist gemäß ihres § 1 Satz 1 ein effizientes, konsensorientiertes Prüfverfahren. Effizienz beinhaltet im allgemeinen Sprachgebrauch die Elemente der Wirtschaftlichkeit und der Wirksamkeit. Das Element der Wirtschaftlichkeit wird dabei durch die Frist zur Übermittlung der Unterlagen gemäß § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV angestrebt in der Erwartung, dass ein zügiges Prüfverfahren grundsätzlich eher ein wirtschaftliches Prüfverfahren ermöglicht. Die Sanktionsmöglichkeit bei Fristversäumnis durch die Annahme einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist in § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV soll hingegen die Wirksamkeit als Element der Effizienz gewährleisten. Ohne diese Annahme wäre das Fristversäumnis sanktionslos, die Frist damit wenig effektiv. Die Kammer ist weiterhin davon überzeugt, dass die Vertragsparteien der PrüfV eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist tatsächlich vereinbart haben. Dem steht nicht entgegen, dass sie – anders als etwa die Fristen des § 6 Abs. 2 und des § 8 PrüfV – nicht als solche bezeichnet worden ist (a.A. SG Dortmund, Urt. v. 05.05.2017, [S 49 KR 580/16](#), juris, Rn. 45 zu § 7 Abs. 5 PrüfV). Denn die Rechtsfolge des § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV entspricht der faktischen Rechtsfolge einer Ausschlussfrist. Beschränkte sich die Vorschrift auf die ausdrückliche Feststellung, dass die Frist des § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV eine Ausschlussfrist sei, wäre der MDK zwar zunächst nur gehindert, weitere Unterlagen anzunehmen. Faktisch hätte dies jedoch regelmäßig die Beschränkung des Anspruchs des Krankenhauses auf den unstreitigen Rechnungsbetrag zur Folge. Dies entspricht gerade der hier angenommenen materiell-rechtlichen Ausschlusswirkung. Zudem ist die Regelung in der Nachfolgefassung der PrüfV mit Geltung ab dem 01.01.2017 in Kenntnis der Streitfrage – es lagen bereits erste Urteile hierzu vor (SG Köln, Urt. v. 04.05.2016, [S 23 KN 108/15 KR](#), juris, Rn. 37) – diesbezüglich inhaltlich nicht geändert worden. Zur Überzeugung der Kammer steht der Annahme einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist in systematischer Hinsicht nicht entgegen, dass ein derartig

tiefgreifender Ausschluss im Gesetz ansonsten nicht vorgesehen ist (a.A.: SG Dortmund, Urt. v. 05.05.2017, [S 49 KR 580/16](#), juris, Rn. 44). Vor dem Hintergrund der ausreichenden Ermächtigungsgrundlage ist vielmehr von einer Einschätzungsprärogative der Vertragsparteien der PrüfvV auszugehen. Die Überlegungen des Gesetzgebers betreffend die [§§ 275c ff. SGB V](#) können insofern nicht durchschlagen, als sich die Vertragsparteien der PrüfvV – wie hier – innerhalb der gesetzlichen Ermächtigung befinden, zumal auch die vorgenannten [§§ 6 Abs. 2, 8 PrüfvV](#) Ausschlussfristen enthalten. b) Die Ausschlussfrist entfaltet im vorliegenden Fall jedoch keine Wirkung, weil die Klägerin alle erforderlichen Unterlagen fristgemäß an den MDK übermittelt hat. Die Klägerin war nicht zur Übermittlung sämtlicher den Behandlungsfall betreffender oder den Rechnungsanspruch begründender Unterlagen verpflichtet (dazu aa)). Zudem kann sich die Beklagte für die Anwendung der Ausschlussfrist nicht auf solche Unterlagen stützen, die zwar trotz Anforderung durch den MDK nicht übermittelt worden sind, die aber erkennbar keine wesentliche Bedeutung für die Beurteilung der Erforderlichkeit der stationären Behandlung haben (dazu bb)). aa) Die Klägerin war entgegen der Ansicht der Beklagten nicht zur Übermittlung sämtlicher den Behandlungsfall betreffender oder den Rechnungsanspruch begründender Unterlagen verpflichtet. Eine solche Obliegenheit ergibt sich weder aus dem Anforderungsschreiben des MDK vom 21.04.2016 noch aus allgemeinen Beweislastregeln. Zwar bat der MDK "um Übersendung sämtlicher prüfungsrelevanten Unterlagen"; er konkretisierte diese Bitte jedoch – einleitend durch die Formulierung "insbesondere" – durch Auswahl bestimmter Unterlagen. Aus der Gesamtschau des Schreibens und der gesetzlichen Grundlagen beschränkte sich die Obliegenheit der Klägerin zur Überzeugung der Kammer damit auf die Übermittlung der vom MDK ausdrücklich benannten Unterlagen, soweit sie von Relevanz für die Beurteilung des streitigen Behandlungsfalls waren. Der MDK ist verpflichtet, die erbetenen Unterlagen zu konkretisieren. Er kann sich nicht auf eine Generalklausel in Form der Bitte um Übersendung aller erforderlichen Unterlagen beschränken. Es steht dem MDK frei, die gesamte Patientenakte anzufordern, wenn er eine umfassende Prüfung durchführen möchte. Eine völlig unbestimmte salvatorische Klausel in der Anforderung der Prüfunterlagen zuzulassen, lässt sich mit der gravierenden Rechtsfolge des Anspruchsverlustes nach [§ 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfvV](#) nicht vereinbaren. Auch zur eigentlich bezweckten Beschleunigung des Prüfverfahrens stünde eine derartige Vorgehensweise in Widerspruch. Weder lässt sich die Einhaltung der Frist des [§ 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV](#) sicher prüfen, wenn der MDK gar nicht wissen kann, welche Unterlagen als relevant tatsächlich vorzulegen sind, noch wäre eine aus Sicht der Krankenhäuser dann sicherheitshalber stets erforderliche Vorlage der gesamten Patientenakte sinnvoll zur Verfahrensbeschleunigung (LSG Baden-Württemberg, Urt. v. 21.01.2020, [L 11 KR 1437/19](#), juris, Rn. 37). Diese Auffassung findet eine weitere Stütze in [§ 276 Abs. 2 SGB V](#). Nach Satz 1 der Vorschrift, darf der MDK Sozialdaten nur erheben, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und Stellungnahmen nach [§ 275 SGB V](#) erforderlich ist. Dies legt einen sparsamen Umgang mit Daten aus Datenschutzgründen nahe. Dies umsetzend ermächtigt [§ 7 Abs. 2 Satz 2 PrüfvV](#) zum Verlangen derjenigen Unterlagen, die der MDK zur Beurteilung benötigt. Stellt er fest, dass die angeforderten Unterlagen nicht ausreichen, ist er nicht gehindert, weitere Unterlagen anzufordern. Der insofern auftretende Zielkonflikt zwischen

einem schnellen Prüfverfahren einerseits und der sparsamen Übermittlung von Daten an den MDK andererseits ist zugunsten der sparsamen Übermittlung von Daten aufzulösen. Dafür spricht das gemäß § 1 Satz 1 PrüfV auf Konsens angelegte Prüfverfahren. Es erscheint insofern geboten, dass der MDK das Krankenhaus in einem Fall, in dem die ursprünglich erbetenen Unterlagen nicht ausreichen, um den Rechnungsanspruch zu begründen, auf diesem Umstand hinweist und weitere Unterlagen anfordert. Das mag zwar in einigen Fällen zu einer Verlängerung des Prüfverfahrens führen. An-dernfalls wären die Krankenhäuser jedoch gehalten, vorsorglich sämtliche Unterlagen zu übermitteln, was zum einen vor dem Hintergrund des [§ 276 Abs. 2 SGB V](#) datenschutz-rechtlichen Bedenken begegnet und zum anderen zu einer erhöhten Belastung des MDK durch die Prüfung irrelevanter Unterlagen und in der Konsequenz zu insgesamt aufwendigeren Prüfverfahren führen könnte. Ebenso wenig ergibt sich eine Obliegenheit der Klägerin zur Übersendung aller relevanten Unterlagen aus allgemeinen Beweislastgrundsätzen. Für das sozialgerichtliche Verfahren spricht hiergegen bereits der Amtsermittlungsgrundsatz des [§ 103 SGG](#). Die Kammer brauchte daher nicht zu prüfen, ob diejenigen Unterlagen, die dem MDK für das erste Gutachten vorlagen, bereits die Erkenntnis der Erforderlichkeit der stationären Behandlung erlaubten. bb) Die unterlassene Übermittlung der Fieberkurve trotz Anforderung durch den MDK ist nicht geeignet, die Ausschlussfrist des § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfV zur Anwendung zu bringen. Die Beklagte kann sich für die Anwendung der Ausschlussfrist nicht auf solche Unterlagen stützen, die zwar trotz Anforderung durch den MDK nicht übermittelt worden sind, die aber erkennbar keine wesentliche Bedeutung für die Beurteilung der Erforderlichkeit der stationären Behandlung haben. Dies ergibt sich aus einer teleologischen Reduktion des § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV. Die teleologische Reduktion gehört zu den anerkannten, verfassungsrechtlich nicht zu beanstandenden Auslegungsgrundsätzen (Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Beschl. v. 15.10.2004, [2 BvR 1316/04](#); BVerfG, Beschl. v. 7.4.1997, [1 BvL 11/96](#); BVerfG, Beschl. v. 14.3.2011, [1 BvL 13/07](#)). Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass sie die auszulegende Vorschrift entgegen ihrem Wortlaut hinsichtlich eines Teils der von ihr erfassten Fälle für unanwendbar hält, weil deren Sinn und Zweck, die Entstehungsgeschichte und der Gesamtzusammenhang der einschlägigen Regelungen gegen eine uneingeschränkte Anwendung sprechen (BVerfG, Beschl. v. 7.4.1997, [1 BvL 11/96](#); BSG, Urt. v. 18.8.2011, [B 10 EG 7/10 R](#)). Diese Grundsätze sind hier anwendbar. Zwar griffe die Ausschlussfrist bei wortlautgetreuer Anwendung im vorliegenden Fall, weil die Klägerin die Fieberkurve trotz Anforderung durch den MDK nicht übermittelt hat. Doch spricht der dargestellte Zweck der Ausschlussfrist gegen deren Anwendung, weil eine nicht relevante Unterlage keine Bedeutung für die Entscheidung des MDK haben kann. Ihre fehlende Übermittlung wirkt sich damit nicht auf die Dauer des Prüfverfahrens aus. In einem solchen Fall erscheint die Berufung auf die Ausschlussfrist vor dem Hintergrund des konsensualen Prüfverfahrens (§ 1 Satz 2 PrüfV) als treuwidrig. Zudem begrenzt sich die Kompetenz der Anforderung von Unterlagen gemäß § 7 Abs. 2 Satz 2 PrüfV auf solche Unterlagen, die benötigt werden. Irrelevante Unterlagen werden hingegen nicht zur Prüfung benötigt. Die Fieberkurve war irrelevant für die Abrechnungsprüfung. Die fehlende Relevanz der Fieberkurve ergibt sich zur Überzeugung der Kammer angesichts der Erkrankung des Versicherten und den Leistungen der Klägerin im Rahmen des stationären

Aufenthaltes des Versicherten. Der Versicherte leidet insbesondere an einer hyperkinetischen Störung des Sozialverhaltens. Diese Gruppe von Störungen ist nach den ICD-10 charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangen, und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Auffälligkeiten können zusätzlich vorliegen. Hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und werden oft bestraft, weil sie eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich Regeln verletzen. Ihre Beziehung zu Erwachsenen ist oft von einer Dissoziation und einem Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung geprägt. Bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert sein. Beeinträchtigung kognitiver Funktionen ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung kommen überproportional oft vor. Sekundäre Komplikationen sind dissozielles Verhalten und niedriges Selbstwertgefühl. Dementsprechend lag der therapeutische Schwerpunkt im Rahmen der neuro- und sozialpädiatrischen Komplexbehandlung auf heilpädagogischen, ergotherapeutischen sowie sprachtherapeutischen und psychologischen Maßnahmen. Die Fieberkurve ist in der Regel Teil der Patientenakte. Neben der eigentlichen Fieberkurve umfasst sie meist weitere Vitalwerte wie Puls, Blutdruck oder auch die Menge an Ausscheidungen oder das Körpergewicht. Zur Überzeugung der Kammer waren die in der Fieberkurve enthaltenen Informationen nicht von wesentlicher Bedeutung für die Beurteilung der Erforderlichkeit der stationären Maßnahme. Die Kammer konnte keinerlei wesentlichen Zusammenhang zwischen den Diagnosen und Therapien einerseits und den in einer Fieberkurve enthaltenen Informationen andererseits erkennen. Auch ohne Einholung medizinischen Sachverständigen gelangte die Kammer zu der Überzeugung, dass etwa Körpertemperatur und Vitalwerte grundsätzlich keinerlei Einfluss auf die Erforderlichkeit der stationären Behandlung der von Verhaltens- und emotionalen Störungen geprägten Erkrankungen des Versicherten haben. Anzeichen, dass der Versicherte anderweitig erkrankt war, sodass die streitgegenständliche stationäre Behandlung vorübergehend nicht durchgeführt werden konnte, was in der Fieberkurve seinen Ausdruck gefunden haben könnte, sah die Kammer nicht und wurden auch nicht vorgetragen. Im Gegenteil sind auf Seite 2 des Entlassungsberichts vom 18.05.2015, der dem MDK für das erste Gutachten vorlag, unauffällige Körpertemperatur und Vitalwerte dokumentiert. Über das übrige Wohlbefinden des Versicherten während der stationären Behandlung gab auch die Verlaufsdokumentation mit Informationen etwa zum Schlafverhalten des Versicherten Auskunft. Auch die Verlaufsdokumentation lag dem MDK für das erste Gutachten vor. Gegenteiliges ergibt sich auch nicht aus der ausdrücklichen Anforderung der Fieberkurve durch den MDK. Dass der MDK in Kenntnis der Diagnose und der Therapie auch Operations-, PTCA- und PTA-Bericht(e) anforderte, obwohl alles dies im Hause der Klägerin nicht durchgeführt wird, wertete die Kammer als Indiz für eine standardmäßige Anforderung der Fieberkurve, ohne dass diese – auch aus Sicht des MDK – für die Beurteilung besondere Relevanz hat. 3. Die Klageforderung besteht in der geltend gemachten Höhe. Bedenken gegen die Höhe der Forderung sind – wenn man die gesamte Behandlungsdauer für erforderlich erachtet – weder vorgetragen, noch erkennbar.

II. Der Zinsanspruch folgt aus § 15 Abs. 1 Satz 4 des nordrhein-westfälischen Landesvertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 288 Abs. 1 BGB](#). III. Über die Hilfswiederklage brauchte die Kammer nicht entscheiden, weil die Bedingung nicht eingetreten ist. IV. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören und die Beklagte die unterliegende Beteiligte des Rechtsstreits ist. V. Der Streitwert war gemäß [§ 52 Abs. 1 und Abs. 3 GKG](#) in Höhe der streitbefangenen Forderung festzusetzen

Erstellt am: 07.07.2020

Zuletzt verändert am: 07.07.2020