
Datum: 05.06.2020
Gericht: Sozialgericht Dortmund
Spruchkörper: 40. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 40 KR 319/18
ECLI: ECLI:DE:SGDO:2020:0605.S40KR319.18.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.444,99 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 16. März 2016 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 1.444,99 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung. Die bei der Beklagten gegen Krankheit versicherte T T1 (im Folgenden: Versicherte), ge-boren XX.XX.XXXX, wurde im von der Klägerin betriebenen, für die Versorgung von Ver-sicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen (§ 108 Fünftes Buch So-zialgesetzbuch (SGB V)) Krankenhaus im Zeitraum 30.04.2015 bis 02.05.2015 stationär behandelt. Durchgeführt wurde eine transalveoläre Kieferhöhlenoperation beidseits, Ein-lage eines Drainageröhrchens in die rechte Kieferhöhle und endoskopische unterstützte Siebbeinoperation beidseits bei chronischer Sinusitis ethmoidalis und maxillaris und V.a. Mukozele der rechten Kieferhöhle. Den Aufenthalt rechnete die Klägerin am 08.05.2015 mit einem Betrag von 2.732,17 Euro unter Zugrundelegung der DRG D06C (Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter) 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagno-se) ab. Den Rechnungsbetrag zahlte die Beklagte. Da sie Zweifel an der ordnungsgemäßen Abrechnung hatte, beauftragte sie den Medizi-nischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) damit, den Behandlungsfall zu prüfen. Mit Schreiben vom 18.05.2015 erfolgten durch den MDK die Prüfanzeige sowie die Un-terlagenanforderung. In dem Schreiben heißt es u.a.:

2

"der MDK Westfalen-Lippe ist durch die TK Mönchengladbach SZ KH mit Datum vom 13.05.2015 beauftragt, eine MDK-Prüfung zu oben genanntem Behandlungsfall durchzuführen. Die Auffälligkeiten bzw. Art der Prüfung sind uns von der Auftragsgebenden Kasse wie nachstehend mitgeteilt worden: War die Überschreitung bzw. das Erreichen der unteren Grenzverweildauer medizinisch begründet? Aus den übermittelten Daten ist nicht ersichtlich, warum die Behandlung nicht an einem Belegungstag erfolgen konnte. Zur Bearbeitung bitten wir bis spätestens zum 15.06.2015 um Übersendung sämtlicher Behandlungsunterlagen, die geeignet sind, 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 werden. Unabhängig von der von Ihnen vorzunehmenden Auswahl an Fallunterlagen bitten wir auf jeden Fall um Überlassung einer Kopie des Entlassungsberichtes und für den Fall, dass Interventionen durchgeführt worden sind, auch des/der OP- bzw. Interventionsberichte." Die Klägerin übersandte dem MDK sodann eine Kopie des Entlassungsberichtes und den OP-Bericht. Mit Schreiben vom 25.06.2015 bestätigte der MDK den Eingang von Fallunterlagen am 23.06.2015. Mit seinem Gutachten vom 11.01.2016 durch Dr. C kam er zu dem Ergebnis, dass die stationäre Behandlung vom 30.04.-01.05.2015 plausibel gewesen sei. Nur in diesem Zeitraum seien die diagnostischen/therapeutischen Leistungen an die besonderen Mittel eines Krankenhauses gebunden. Aus den übermittelten Daten sei nicht ersichtlich, warum die Behandlung nicht an einem Belegungstag hätte erfolgen können. Mit Schreiben vom 13.01.2016 forderte die Beklagte von der Klägerin unter Bezugnahme auf das Gutachten des MDK die Erstattung eines Betrages von 1.432,67 Euro. Der Abrechnung zugrunde zu legen sei die DRG D06C mit einem Relativgewicht von 0,383 unter Berücksichtigung der fallindividuellen Zu- und Abschläge. Nachdem die Klägerin keine Zahlung leistete, informierte die Beklagte diese mit Schreiben vom 15.03.2016 über die am 14.03.2016 erfolgte Verrechnung in Höhe von 1.444,99 Euro mit unstreitigen Forderungen anlässlich der Behandlung anderer Versicherter. In der Zahlungsmitteilung waren die Rechnungsnummern und Rechnungsdaten der Klägerin den miteinander verrechneten Rechnungsbeträgen zugeordnet. Mit ihrer am 08.02.2018 erhobenen Klage macht die Klägerin die Zahlung der Behandlungskosten geltend, gegen welche die Beklagte die Aufrechnung vorgenommen hatte. Die Forderung sei nicht durch die erklärte Aufrechnung erloschen. Der Beklagten habe kein Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall der Versicherten zugestanden, da die Behandlung im gesamten abgerechneten Umfang notwendig gewesen sei. Postoperativ sei eine Antibiose erfolgt. Am 01.05.2015 habe die Versicherte nachmittags "über zunehmende Luftnot und das Gefühl, dass sie zuschwilt" geklagt, gegen Abend habe die Versicherte über "Schmerzen und Schwellung" geklagt. Am 02.05.2015 finde sich im Pflegebericht der Eintrag um 18:30 Uhr: "Patientin äußert weiter starke Schmerzen, möchte gerne Schmerzmedikation". Eine Verweildauer über den ersten postoperativen Tag hinaus sei medizinisch begründet gewesen. Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.444,99 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 16.03.2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

3

Zur Begründung nimmt sie zunächst Bezug auf die vorgerichtlichen Ausführungen des MDK. Nachdem das Gericht die Patientenakte über die strittige Behandlung beigezogen hatte, holte die Beklagte ein weiteres Gutachten des MDK vom 10.12.2018 ein. Dr. I führt darin u.a. aus: "In Kenntnis der jetzt vorliegenden Krankenakte ist somit festzustellen, dass eine postoperative Antibiose nachvollziehbar ist bei intraoperativem Nachweis von Eiter im Bereich der Nasenebenhöhlen. Es handelt sich bei dem Abstrich zwar lediglich um Keime der

4

Mundhöhle und Schleimhäute, aufgrund des Umfangs der Operation mit Eröffnung der Nasennebenhöhlen war die Antibiose gerechtfertigt. Des Weiteren klagte die Versicherte am Abend des 1.5.2015 über Luftnot und Zuschwellen sowie über Schmerzen. Der Arzt wurde informiert, Cortison wurde von der Patientin abgelehnt, eine weitere Therapie ist nicht belegt. Zusammenfassend war somit die stationäre Krankenhausbehandlung vom 30.04. bis 02.05.2015 medizinisch indiziert sowohl aufgrund der i.v.-Antibiose als auch aufgrund der Luftnot mit dem Gefühl des Zerschwellens und der Schmerzen am Abend des 1.5.2015. Die Überwachung der Versicherten bis zum nächsten Morgen war somit gerechtfertigt. Die zum Vorgutachter abweichende heutige Beurteilung zugunsten des Krankenhauses beruht auf die erst im Klageverfahren vorgelegten kompletten Krankenakte. Zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung lag diese nicht vor sondern nur der Entlassungsbericht und der Operationsbericht. Allein in Kenntnis des Entlassungsberichtes und des Operationsberichtes war eine 2-tägige stationäre Krankenhausbehandlung nicht eindeutig ableitbar." Zwar sei nach Auffassung der Beklagten die Notwendigkeit der Behandlung im gesamten Zeitraum nunmehr nicht mehr strittig. Allerdings habe der MDK deutlich gemacht, dass sich dies erst anhand der im Klageverfahren vollständig vorgelegten Patientenakte erschließe. Daher ergebe sich aus § 7 Abs. 2 S. 2-3 der am 01.09.2014 in Kraft getretenen Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfVV 2014) eine materiell-rechtliche Ausschlussregelung. Unterlagen, die dem MDK nicht bereit im Rahmen der Erstbegutachtung vorgelegen haben, unterliegen insofern einem Verwertungsverbot für das weitere (gerichtliche) Verfahren. Die Erkenntnisse, die sich aus der nachträglichen Vorlage der Krankenakte ergeben, seien deshalb nicht zu berücksichtigen. Der MDK könne auch im Vorfeld nicht sicher absehen, wo sich in der Patientenakte die notwendigen Informationen fänden. Daher sei es folgerichtig und notwendig, dass das Krankenhaus vom MDK (abstrakt) dazu aufgefordert werde, diejenigen Unterlagen zu übersenden, die zur Beantwortung der Fragestellung erforderlich seien. Dem tritt die Klägerin entgegen. Sie führt insbesondere aus, dem MDK seien zur Erstbegutachtung sämtliche Unterlagen zur Verfügung gestellt worden, welche dieser explizit angefordert habe. Der MDK habe auf Grundlage dieser Unterlagen offenkundig auch ein Gutachten erstellen können und kam gerade nicht zu dem Ergebnis, dass ihm eine Stellungnahme wegen Fehlens weiterer Unterlagen nicht möglich sei. Ein Fall des § 7 Abs. 2 PrüfVV 2014 liege damit nicht vor. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus dem Passus, dass das Krankenhaus alle geeigneten Unterlagen übersenden solle, die zur vollumfänglichen Beantwortung der Begutachtungsfrage notwendig seien. Faktisch müsste das Krankenhaus immer die vollständige Patientenakte übersenden, um sicherzustellen, dass alle Informationen für die Begutachtung vorhanden sind. Das dürfte dem Grundsatz der Datensparsamkeit widersprechen; andererseits sei es zudem Aufgabe des MDK zu bestimmen, welche Unterlagen für die Begutachtung notwendig sind (Bezugnahme auf § 276 Abs. 2 S. 2 SGB V). Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Inhalte der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten und der Patientenakte der Klägerin, die das Gericht beigezogen hat, Bezug genommen. Diese waren, soweit es hierauf ankam, Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

5

Die zulässige Klage ist begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte den geltend gemachten Anspruch auf Zahlung von 1.444,99 Euro nebst Zinsen. 1. Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Bei einer auf Zahlung der Vergütung für die Behandlung von Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse geht es wie vorliegend um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch

6

Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (st. Rspr., vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 30.06.2009, Az.: B 1 KR 24/08 R; BSG, Urteil vom 17.12.2013, Az.: B 1 KR 70/12 R). 2. Die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs der Klägerin sind erfüllt. Gegenstand der Klage ist der restliche Vergütungsanspruch der Klägerin aus den stationären Behandlungen der Versicherten der Beklagten, mit welchem die Beklagte mit Schreiben vom 15.03.2016 die Aufrechnung erklärte. Die Höhe ergibt sich aus dem Minderungsbeitrag, der durch die Aufrechnung entstanden ist. Zu Recht hat die Klägerin keine Forderung aus dem Behandlungsfall der Versicherten T1 geltend gemacht. Denn diese Forderung ist durch die Zahlung der Beklagten nach § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. § 362 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) erloschen. Der Anspruch der Klägerin auf Zahlung der restlichen Vergütung aus den Behandlungsfällen, mit welchen die Beklagte die Aufrechnung erklärte, ist zwischen den Beteiligten unstreitig. Dieser Anspruch ist auch nicht in Höhe der Klageforderung durch Aufrechnung nach § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. §§ 387, 389 BGB erloschen. Denn der Beklagten steht kein Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall der Versicherten T1 zu. a. Zunächst hat allerdings die Beklagte mit Schreiben vom 15.03.2016 die Aufrechnung wirksam erklärt. Die Voraussetzungen des § 9 PrüfV 2014 sind erfüllt. Die Bestimmungen der PrüfV sind zeitlich und sachlich anwendbar. Nach § 12 Abs. 1 S. 1 PrüfV 2014 ist die Vereinbarung zum 01.09.2014 in Kraft getreten. Nach S. 2 der Vorschrift gilt sie für die Überprüfung bei Patienten, die - wie vorliegend - ab dem 01.01.2015 in ein Krankenhaus aufgenommen werden. Die PrüfV 2014 ist auch in sachlicher Hinsicht anwendbar, da eine Auffälligkeitsprüfung durchgeführt wurde. Gemäß § 1 S. 1 PrüfV 2014 soll die Vereinbarung ein effizientes, konsensorientiertes Verfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V näher regeln. Zum (sachlichen) Geltungsbereich bestimmt § 2 Abs. 1 PrüfV 2014, dass "diese Vereinbarung für die gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 Absatz 1c SGB V zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V" gilt. Der MDK war mit der Fragestellung beauftragt, ob "die Überschreitung bzw. das Erreichen der unteren Grenzverweildauer medizinisch begründet" war. Prüfgegenstand war demnach die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) seitens der Klägerin. Es handelte sich deshalb um eine Auffälligkeitsprüfung, die im Gegensatz zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung des Krankenhauses der Anwendung der PrüfV 2014 unterliegt (s. dazu Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen (NRW), Urteil vom 26.04.2018, Az.: L 5 KR 593/17, unter Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 25.10.2016, Az.: B 1 KR 18/16 R; s. zur Differenzierung zwischen Prüfungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit einerseits und Auffälligkeitsprüfungen andererseits LSG NRW, Urteil vom 13.12.2018, Az.: L 5 KR 738/16). Die Prüfung wurde auch rechtzeitig eingeleitet und durch den MDK dem Krankenhaus angezeigt (vgl. § 275 Abs. 1c S. 2 SGB V in der ab dem 09.12.2014 gültigen Fassung). Die von der Beklagten vorgenommene Aufrechnung ist nach § 9 PrüfV 2014, welcher das Aufrechnungsverbot aus § 15 Abs. 4 S. 2 des nordrhein-westfälischen Sicherstellungsvertrags gemäß § 112 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (Landesvertrag) (dazu LSG NRW, Urteil vom 01.09.2011, Az.: L 16 KR 212/08, m.w.N.; vgl. auch BSG, Urteil vom 30.07.2019, Az.: B 1 KR 31/18 R, Rn. 26 f., juris) verdrängt, wirksam. Die Norm bestimmt: "Die Krankenkasse kann einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach § 8 fristgerecht mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen. Dabei sind der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen." Den sich aus der Behandlung der Versicherten T1 ergebenden Erstattungsanspruch hat die Beklagte rechtzeitig innerhalb der Frist des § 8 S. 3 PrüfV (innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige nach § 6 Abs. 3) mitgeteilt. Die Beklagte hat außerdem den Erstattungsanspruch (Vergütung für die Behandlung der Versicherten T1 in Höhe von 1.444,99 EUR) genau benannt. Dies ergibt sich aus der Sammelüberweisung vom

15.06.2016. Hiermit bezifferte die Beklagte den Differenzbetrag von 1.444,99 EUR, der mit unstreitigen Forderungen der Klägerin aufgerechnet wurde. In die Sammelüberweisung wurde zunächst die alte (2.732,17 EUR) und die als korrekt erachtete neue (1.287,18 EUR) Vergütung eingestellt, die als Negativ- und Positivposten erfasst sind. Die Beklagte hat außerdem die Leistungsansprüche der Klägerin, gegen welche sie aufrechnete, genau bezeichnet. Die Vergütungsansprüche der Klägerin sind jeweils individuell mit Rechnungsnummer und Rechnungsdatum, Aufnahmenummer, Rechnungsbetrag und Referenznummer bestimmt (vgl. zur Aufrechnung mittels Sammelavis BSG, Urteil vom 30.07.2019, Az.: B 1 KR 31/18 R). Im Übrigen bleibt darauf hinzuweisen, dass die Klägerin zuletzt keine Einwände mehr gegen die Wirksamkeit der Aufrechnung erhob. b. Jedoch stand der Beklagten kein Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall der Versicherten T1 zu. In Betracht kommt insoweit allein ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch. Dieser Anspruch setzt voraus, dass der Berechtigte (hier die Beklagte) im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat (vgl. etwa BSG, Urteil vom 01.07.2014, Az.: B 1 KR 62/12 R; LSG NRW, Urteil vom 08.03.2018, Az.: L 5 KR 174/15). Dies ist nicht der Fall. Die Klägerin hatte gegenüber der Beklagten für die stationäre Behandlung der Versicherten T1 einen Vergütungsanspruch in Höhe der abgerechneten 2.732,17 EUR. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses und dazu korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entstehen – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung – wie hier – in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S.v. § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (st. Rspr., vgl. z.B. BSG, Urteil vom 28.03.2017, Az.: B 1 KR 29/16 R; LSG NRW, Urteil vom 22.09.2016, Az.: L 5 KR 396/16). Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch der Klägerin wegen der Behandlung Versicherter ist § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V i.V.m. § 7 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz, § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz. Nach § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre oder stationsäquivalente Behandlung durch ein nach § 108 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. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen. Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung und damit auch kein Vergütungsanspruch des Krankenhauses (BSG, Urteil vom 23.06.2015, Az.: B 1 KR 26/14 R, m.w.N.) Die Voraussetzungen einer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit sind nach diesen Maßstäben für den Zeitraum 30.04.2015 bis 02.05.2015 erfüllt. Die Kammer stützt sich insoweit auf die überzeugenden Ausführungen der Klägerin und auf das sich diesen in der Beurteilung anschließende Gutachten des MDK vom 10.12.2018. Zwischen den Beteiligten ist inzwischen auch unstreitig, dass keine sekundäre Fehlbelegung vorgelegen hatte. Auch die Höhe der Vergütung für die Behandlung der Versicherten T1 ist zwischen den Beteiligten nicht im Streit. Für die Kammer besteht auch kein Grund, an der Höhe zu zweifeln. Ein Ausschluss des Vergütungsanspruchs ergibt sich zudem nicht aus § 7 Abs. 2 S. 4 PrüfV 2014. § 7 Abs. 2 PrüfV 2014 lautet: "Die Prüfung vor Ort richtet sich nach den Vorgaben des § 276 Absatz 4 SGB V. Bei einer Prüfung im schriftlichen Verfahren kann der MDK die Übersendung 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 innerhalb von 4 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln. Erfolgt dies nicht, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag." Nach Auffassung der Kammer kann offenbleiben, ob die Vorschrift wirksam eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist bestimmt (so z.B. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17.04.2018, Az.: L 11 KR 936/17; dies bestätigend in einem obiter dictum BSG, Urteil vom 19.11.2019, Az.: B 1 KR 33/18 R, Rn. 16; dagegen etwa SG Detmold, Urteil vom 20. April 2018, Az.: S 24 KR 863/17). Denn hierauf kommt es nicht an, da ein Verstoß gegen § 7 Abs. 2 S. 3 PrüfV 2014 nicht vorliegt. Die Klägerin hat die vom MDK mit Schreiben vom 18.05.2015 konkret angeforderten Unterlagen (Entlassungsbericht und OP-Bericht) innerhalb der Frist des § 7 Abs. 2 S. 3 PrüfV vollständig übermittelt. Das ist zwischen den Beteiligten auch unstrittig. Die Beklagte kann sich nicht darauf berufen, dass eine darüber hinaus gehende Verpflichtung der Klägerin bestanden hätte, weil der MDK zudem um "Übersendung sämtlicher Behandlungsunterlagen, die geeignet sind, 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 werden" gebeten hatte. Hiermit wurde keine weitergehende Pflicht nach § 7 Abs. 2 S. 2, 3 PrüfV 2014 begründet. Nach der Vorschrift bestimmt nämlich der MDK diejenigen Unterlagen, die "er" zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. Es ist danach nicht Aufgabe der Klägerin, über die Auswahl der vorzulegenden Unterlagen zu entscheiden. Vielmehr obliegt es nach dem klaren Wortlaut der Vorschrift dem MDK, die Unterlagen zu bestimmen. Das umfasst auch das Recht des MDK, die gesamte Patientenakte vom Krankenhaus anzufordern. Nicht gedeckt vom Wortlaut der Vorschrift ist es, wenn der MDK seine Verantwortung zur Unterlagenauswahl und somit die ihm obliegende Entscheidung über die Erforderlichkeit der Unterlagen zur anschließenden Beurteilung im Sinne der Vorschrift auf das Krankenhaus überträgt. Die Rechtsansicht der Beklagten zu Ende gedacht würde außerdem bedeuten, dass der MDK letztlich überhaupt keine Unterlagen konkret zu benennen hätte, da eine generelle, unbestimmte Aufforderung an das Krankenhaus zur Auswahl und Übersendung der relevanten Unterlagen in jedem Fall genügen würde, um die – das Vorliegen einer materiellen Ausschlussfrist unterstellt – erheblichen Rechtsfolgen des § 7 Abs. 2 S. 4 PrüfV 2014 auszulösen. Das Krankenhaus wäre wiederum gehalten, schon zu einem gewissen Selbstschutz stets die gesamte Patientenakte zu übermitteln. Das würde dem Zweck der PrüfV 2014 (vgl. deren § 1 S. 1: "diese Vereinbarung soll ein effizientes, konsensorientiertes Verfahren der Prüfungen nach § 275 Absatz 1c SGB V näher regeln") widersprechen, da dies nichts mehr mit einer Effizienz des Verfahrens zu tun hätte (vgl. insg. auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 21.01.2020, Az.: L 11 KR 1437/19). c. Der Zinsanspruch ist unter dem Gesichtspunkt des Verzuges begründet. Nach § 15 Abs. 1 S. 4 des Landesvertrages kann das Krankenhaus nach Maßgabe der §§ 284, 285, 288 Abs. 1 BGB Verzugszinsen in Höhe von 2 v. H. über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen. Nach Abs. 1 S. 1 der Vorschrift sind Rechnungen innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen. Durch die am 15.03.2016 erklärte Aufrechnung ist Verzug gem. § 15 Abs. 1 S. 4 Landesvertrag i.V.m. § 286 Abs. 1 und 2 Nr. 3 BGB eingetreten. 3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 der Verwaltungsgerichtsordnung, da weder Klägerin noch Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. §§ 63 Abs. 2, 52 Abs. 1 und 3 des Gerichtskostengesetzes.
