

## S 1 KR 2084/17

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

SG Reutlingen (BWB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 1 KR 2084/17

Datum

14.03.2018

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Eine Verfristung nach § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV führt zu einem Anspruch einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger auf Erstattung bereits geleisteter Vergütung.

2. Dieser Erstattungsanspruch ergibt sich aus dem Institut des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs.

3. Auch ohne ausdrückliche Benennung handelt es sich bei der Frist in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV zur Vorlage von Unterlagen an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung um eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist.

4. § 17c Abs. 2 KHG enthält eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage für die Vereinbarung einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV.

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 4.163,93 EUR nebst Zinsen hieraus i.H.v. fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 05.10.2016 zu zahlen. 2. Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen. 3. Die Sprungrevision wird zugelassen.

Tatbestand:

Vorliegend begehrt die Klägerin von der Beklagten die Erstattung der von ihr gezahlten Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung, die in der K., deren Trägerin die Beklagte ist, durchgeführt wurde.

Der im Oktober geborene, bei der Klägerin krankenversicherte ... (S) wurde wegen Multipler Sklerose vom 03. bis 23.07.2016 in der K ..., einem Plankrankenhaus, stationär behandelt.

Für diese Krankenhausbehandlung stellte die Beklagte der Klägerin mit Rechnung vom 29.07.2016 einen Betrag i.H.v. 4.163,93 EUR (ohne Eigenbeteiligung des Patienten) in Rechnung, der von der Klägerin zunächst auch in vollem Umfang gezahlt wurde. Die Klägerin zeigte der Beklagten mit Schreiben vom 02.08.2016 an, dass sie die Notwendigkeit der stationären Aufnahme durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüfen lasse.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) teilte der Beklagten mit Schreiben vom 04.08.2016 mit, dass er mit einer gutachterlichen Stellungnahme beauftragt worden sei und bat die Beklagte um Vorlage von im Einzelnen gekennzeichneten Unterlagen bis zum 07.09.2016.

Mit Schreiben vom 09.09.2016 teilte Dr. B ... vom MDK der Klägerin mit, das Krankenhaus habe innerhalb der 4-Wochen-Frist keine Unterlagen an ihn übermittelt. Der Prüfauftrag habe deshalb nicht bearbeitet werden können und sei seinerseits abgeschlossen (Ausschlussfrist).

Hierauf forderte die Klägerin die Beklagte mit Schreiben vom 13.09.2016 unter Fristsetzung bis 04.10.2016 zur Rückzahlung von 4.163,93 EUR auf. Eine Zahlung durch die Beklagte erfolgte jedoch nicht.

Daraufhin hat die Klägerin am 25.08.2017 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) mit dem Begehren erhoben, die Beklagte zur Zahlung von 4.163,93 EUR zu verurteilen. Zur Begründung hat sie im Wesentlichen vorgebracht, nach § 7 Abs. 2 Satz 3 der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfV) sei das Krankenhaus verpflichtet, dem MDK innerhalb von 4 Wochen seit Zugang der Unterlagenanforderung die benötigten Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Geschehe dies nicht, so habe das Krankenhaus nur noch Anspruch auf den unstreitigen Teil des Rechnungsbetrages. § 7 Abs. 2 Satz 3 und Satz 4 PrüfV würden ein Zusammenspiel darstellen dergestalt, dass ein Fristversäumnis unmittelbar zu einer Sanktion, also zu einem Anspruchsverlust in Höhe des streitigen

Rechnungsbetrages führe. Hätte die Fristversäumung keine Auswirkungen, so würde die einvernehmlich zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern vereinbarte PrüfvV umgangen bzw. ausgehebelt. Die in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV gesetzte Frist sowie die darauf beruhende Sanktion wären völlig grund- und wertlos, falls sich die Krankenkasse im Gerichtsverfahren nicht darauf berufen könne. Soweit sich die Beklagte darauf berufe, die PrüfvV sei als untergesetzliche Norm nicht geeignet, einen Vergütungsanspruch des Krankenhauses einzuschränken, verfange diese Argumentation nicht. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) seien materiell-rechtliche Ausschlussfristen zulasten der Versichertengemeinschaft unzulässig. Vorliegend gehe es jedoch um eine Ausschlussfrist zu Gunsten der Versichertengemeinschaft und gerade zur Durchsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass die Krankenkassen im Falle eines Fristversäumnisses nach [§ 275 Abs. 1c Satz 2](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) faktisch sehr wohl einem Einwendungsausschluss unterliegen würden. Es wäre widersinnig, dem Krankenhaus im Gegensatz dazu die Möglichkeit einer Überprüfung anhand der vollständigen Patientendokumentation zuzubilligen, obwohl für diesen Fall sogar vereinbart worden sei, dass das Krankenhaus nur einen Anspruch auf den unstrittigen Betrag habe und mithin eindeutig mit Einwendungen bezüglich des strittigen Betrages ausgeschlossen sei. Somit sei zu ermitteln, welche Ersparnis sich ergebe, wenn man unterstelle, dass die Prüfung zu Ungunsten des Krankenhauses ausgegangen wäre. Diese maximale Ersparnis betrage hier 4.163,93 EUR. Für den Fall, dass das Gericht entgegen ihrer Erwartungen eine Ausschlussfrist ablehne, habe sie in jedem Fall einen Anspruch gegen die Beklagte auf Herausgabe der Patientenakte an den MDK zur Überprüfung der Abrechnung.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 4.163,93 EUR nebst Zinsen hieraus i.H.v. fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 05.10.2016 zu zahlen,

hilfsweise 1. die Beklagte zu verurteilen, dem MDK, ... die angeforderten Unterlagen aus der Krankenakte sowie der Pflegedokumentation zum vollstationären Aufenthalt in ihrem Krankenhaus vom 03. bis 23.07.2016 zur Prüfung der Abrechnung zu übergeben, 2. die Beklagte zu verurteilen, ihr zu viel gezahlte Krankenhauskosten zu erstatten, sollte sich nach Herausgabe der Krankenhaus- und Pflegedokumentation sowie Auswertung durch den MDK ergeben, dass die Rechnung der Beklagten zu dem unter Ziffer 1 genannten Aufenthalt fehlerhaft ist und dies zu einer Reduzierung des Rechnungsbetrages führt.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie im Wesentlichen vorgetragen, nach Anforderung durch den MDK seien die angeforderten Unterlagen bei ihr kopiert worden. Allerdings seien diese Kopien aus heute nicht mehr aufklärbaren Gründen nicht versandt worden. Nachdem dies einer ihrer Mitarbeiterinnen am 08.09.2016 aufgefallen sei, habe sich diese daraufhin mit der zuständigen Sachbearbeiterin der BKK ..., die im Auftrag der Klägerin tätig werde, telefonisch in Verbindung gesetzt und zugesagt, dem MDK die Unterlagen noch heute zuzuleiten. Dieser Mitarbeiterin sei mitgeteilt worden, dass dies nunmehr zu spät sei, der MDK habe eine Frist zur Rücksendung bis zum 07.09.2016 gesetzt. Entgegen der Auffassung der Klägerin lasse sich aus § 7 Abs. 2 PrüfvV ein Anspruch auf Rückzahlung bereits geleisteter Vergütung nicht entnehmen. Eine Ausschlussfrist sei in dieser Regelung nicht enthalten. Selbst wenn man davon ausgehe, eine Verfristung nach § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV führe dazu, dass bereits geleistete Vergütung zu erstatten wäre, so würde eine solche Regelung die gesetzliche Ermächtigung für die PrüfvV in § 17c Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) überschreiten. Nach dieser Ermächtigungsgrundlage hätten der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) nur die Ermächtigung, das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) zu regeln. Aus dieser Ermächtigung lasse sich keine Ermächtigung zur Festlegung über die im SGB V ausdrücklich geregelten materiellen Einwendungs- und Ausschlussfristen hinaus ableiten. Eine solche Kompetenz/Legitimation komme den Vertragsparteien der PrüfvV nicht zu. Insoweit werde auf Entscheidungen der Sozialgerichte Gießen und Kassel verwiesen. Ein Herausgabeanspruch bestehe nicht, da die Klägerin die ihr am 08.09.2016 angebotenen Unterlagen vorbehaltlos abgelehnt habe.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der vorgelegten Patientenakte und der Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die beim sachlich und örtlich zuständigen SG von der Klägerin zu Recht erhobene (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) des Sozialgerichtsgesetzes - SGG - (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. z.B. [BSGE 90,1](#); [100,164](#); [102,172](#); [104,15](#)) auf Erstattung der von ihr für die Behandlung des S an die Beklagte gezahlten Vergütung ist zulässig und begründet. Der Klägerin steht ein entsprechender öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch gegen die Beklagte aus der Behandlung des S zu. Die Klägerin hat die Behandlung des S bei der Beklagten ohne Rechtsgrund vergütet, da der Beklagten hierfür kein Entgeltanspruch aus stationärer Krankenhausbehandlung zustand.

Das von der Klägerin hier geltend gemachte Rückforderungsbegehren basiert auf einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch. Dieses aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Rechtsinstitut setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSG, Urteil vom 01.08.1991 - [6 RKa 9/89](#) - juris -). Ein öffentliches Rechtsverhältnis liegt hier zwischen den Beteiligten vor, da die Abrechnungsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus nach den maßgeblichen [§§ 107 ff. SGB V](#) öffentlich-rechtlich geprägt sind (BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr. 4](#) m.w.N.)

Im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs gelten ähnliche Grundsätze wie im bürgerlichen Recht der ungerechtfertigten Bereicherung ([§§ 812 ff. BGB](#)), dem der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch zumindest insoweit vergleichbar ist, als beide Ansprüche als Ausdruck eines althergebrachten Rechtsgrundsatzes dem Ausgleich einer rechtsgrundlosen Vermögensverschiebung dienen. Wenn auch im Zivilrecht nicht ausdrücklich geregelt ist, wann eine Bereicherung ungerechtfertigt ist, ist jedoch allgemein anerkannt, dass Leistungen zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit, die in Wirklichkeit nicht besteht, grundsätzlich zurückgefordert werden können (vgl. zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausleistungen BSG, Urteil vom 22.07.2004 - [B 3 KR 21/03 R](#) - juris -).

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Beklagten, einem Plankrankenhaus nach [§ 108 Nr. 2 SGB V](#), gegen die Klägerin auf Vergütung der hier im Jahr 2016 erbrachten stationären Krankenhausbehandlung ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in der hier maßgebenden Fassung des Fallpauschalengesetzes vom 23.04.2002 ([Bundesgesetzblatt I, Seite 1412](#)) i.V.m. § 6 Abs. 1 und § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 des Krankenhausentgeltgesetzes, beide in der hier maßgebenden Fassung des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung vom 17.12.2015 ([Bundesgesetzblatt I, Seite 2229](#)) zusammen mit der zwischen den Beteiligten bestehenden Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2016.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 13.11.2012 - [B 1 KR 14/12 R](#) - juris m.w.N.).

Die Klägerin hat vorliegend zunächst den von ihr mit Rechnung vom 29.07.2016 angeforderten Betrag von 4.163,93 EUR für die Behandlung des S an die Beklagte gemäß den Vorgaben in § 19 Abs. 1 des durch die Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21.09.2005 festgesetzten Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) über "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" zwischen der baden-württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen (Landesvertrag), der auch für die Beklagte als Plankrankenhaus nach [§ 108 Nr. 2 SGB V](#) unmittelbar verbindlich ist, beglichen. Allerdings erfolgte die Zahlung der Vergütung ohne Rechtsgrund. Nach Begleichung der Rechnung vom 29.07.2016 ergaben sich für die Klägerin Zweifel an der Notwendigkeit der stationären Behandlung, die sie veranlassten, eine entsprechende Prüfung durch den MDK einzuleiten. Grundlage für diese Prüfung war [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) in der hier maßgebenden Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.2011 ([Bundesgesetzblatt I, Seite 2983](#)). Danach sind die Krankenkassen verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen.

Nach [§ 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) ist bei Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) - wie vorliegend - eine Prüfung nach Abs. 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen ([§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#)).

Nach § 17c Abs. 2 KHG in der hier maßgebenden Fassung des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.07.2013 ([Bundesgesetzblatt I, Seite 2423](#)) regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die DKG das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#); in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) möglich. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des MDK, über den Zeitpunkt der Beauftragung des MDK, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen. Mit dieser mit dem Gesetz vom 15.07.2013 (a.a.O.) zum 01.08.2013 eingefügten Regelung sollten nach den Gesetzesmaterialien ([BT-Drucksache 17/13947, Seite 38](#)) bundeseinheitliche Konkretisierungen zu notwendigen Regelungsinhalten vorgegeben werden. Da die Benennung der zu vereinbarenden Regelungsinhalte in Satz 2 nicht abschließend sei, könnten Vereinbarungen zu anderen regelungsrelevanten Sachverhalten getroffen werden. Mit der näheren Ausfüllung dieser Vorgaben hätten es die Vertragsparteien auf Bundesebene in der Hand, die Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Krankenkassen effektiver und konsensorientierter zu gestalten. Unter anderem sei eine Verständigung zur Dauer der Prüfung erforderlich, mit der eine Beschleunigung des Prüfverfahrens erreicht werden könne. Auch sei zu klären, wie Rückforderungen abgewickelt werden und ob und inwieweit eine Aufrechnung mit offenen Forderungen zulässig ist.

Auf der Grundlage dieser Vorschrift vereinbarten der GKV-Spitzenverband und die DKG am 04.08.2014 das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) in der PrüfV, die entsprechend § 12 Abs. 1 Satz 2 PrüfV für vorliegenden Krankenhausaufenthalt Anwendung findet.

Nach § 3 Satz 1 PrüfV hat die Krankenkasse die von dem Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten im Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und Korrektheit deren Abrechnung näher zu prüfen.

Erkennt die Krankenkasse bei der Prüfung nach § 3 Auffälligkeiten, die es erforderlich machen, eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit deren Abrechnung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) einzuleiten, hat sie dem Krankenhaus nach § 4 PrüfV die Auffälligkeiten innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der nach § 3 übermittelten Daten und entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen, und hierzu mindestens die Art der Prüfung wie folgt zu bestimmen: • eine Teilprüfung der Abrechnung (bestimmte Diagnosen, bestimmte Prozeduren etc.), • eine Vollprüfung der Abrechnung (alle abrechnungsrelevanten Diagnosen/Prozeduren etc.), • eine Fehlbelegungsprüfung oder • Fragen zur Voraussetzung bestimmter Maßnahmen (medizinische Indikation, NUB etc.). Die Mitteilung muss dem Krankenhaus in dieser Frist zugehen.

Bei dieser in § 4 PrüfV enthaltenen 6-Wochen-Frist handelt es sich um eine Ausschlussfrist. Hiervon gehen auch die DKG in ihren Umsetzungshinweisen zur PrüfV (vgl. "Das Krankenhaus 2014, Seite 938") und der GKV-Spitzenverband in seinen Hinweisen zur PrüfV (vgl. [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de), Stichwort "Prüfverfahrenvereinbarung") aus.

Bedarf es aus Sicht der Krankenkasse der direkten Beauftragung des MDK erfolgt nach § 6 Abs. 2 Satz 2 PrüfV die Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse innerhalb der 6-Wochen-Frist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#). Nach Satz 3 des § 6 Abs. 2 PrüfV sind sämtliche hier geregelten Fristen Ausschlussfristen.

Der MDK zeigt nach § 6 Abs. 3 PrüfV dem Krankenhaus die Einleitung der MDK-Prüfung, einschließlich des Datums seiner Beauftragung, unverzüglich an. In der Prüfanzeige sind die bei der Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4) mitgeteilten Auffälligkeiten gegebenenfalls zu konkretisieren und, sofern in dem Vorverfahren weitere Erkenntnisse gewonnen wurden, zu ergänzen. Eine Beschränkung der MDK-Prüfung auf den Prüfanlass besteht nicht. Eine Erweiterung des Prüfanlasses ist dem Krankenhaus anzuzeigen.

§ 7 PrüfV enthält nähere Regelungen zur Durchführung der Prüfung. So kann nach § 7 Abs. 2 Satz 2 PrüfV bei einer Prüfung im

schriftlichen Verfahren 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.

Vorliegend wurden die vom MDK bei der Beklagten mit Schreiben vom 04.08.2016 unter Beachtung der 4-Wochen-Frist bis 07.09.2016 angeforderten Unterlagen weder innerhalb dieser Frist noch überhaupt vorgelegt. Dies steht für die Kammer fest, zumal die Beklagte selbst dies einräumt.

Damit hat die Beklagte nach der eindeutigen Regelung in § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV einen Anspruch nur (noch) auf den unstrittigen Rechnungsbetrag. In Übereinstimmung mit der Klägerin ist nach Auffassung der Kammer der unstrittige Rechnungsbetrag der Betrag, der sich ergibt, wenn die von der Klägerin veranlasste Prüfung zu Ungunsten der Beklagten ausgegangen wäre. Da die Klägerin vorliegend die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung des S in Zweifel gezogen hat ("primäre Fehlbelegung"), würde sich - bei einer Prüfung zu Ungunsten der Beklagten - ein unstrittiger Rechnungsbetrag von 0,00 EUR ergeben, sodass kein Vergütungsanspruch der Beklagten gegenüber der Klägerin bestand.

Die Beklagte weist zwar zutreffend darauf hin, dass sich weder in § 7 PrüfV noch sonst in der PrüfV eine ausdrückliche Regelung eines Anspruchs auf Rückzahlung oder Erstattung einer überzahlten Krankenhausvergütung findet. Dies steht jedoch entgegen der Auffassung der Beklagten dem Erstattungsanspruch der Klägerin nicht entgegen. Einer ausdrücklichen Regelung eines Anspruches auf Rückzahlung bzw. Erstattung einer zu Unrecht gezahlten Krankenhausvergütung in der PrüfV bedurfte es nicht. Ein solcher Rückzahlungs- bzw. Erstattungsanspruch ergibt sich bereits aus dem oben dargestellten Rechtsinstitut des öffentlichen-rechtlichen Erstattungsanspruchs, ohne dass es hierfür einer ausdrücklichen Regelung in der PrüfV bedürft hätte. Soweit die Beklagte darauf verweist, § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV enthalte lediglich eine Regelung zu einem (Zahlungs)Anspruch auf den unstrittigen Rechnungsbetrag, so dass lediglich der unstrittige Rechnungsbetrag zur Auszahlung komme, verkennt die Beklagte hierbei, dass entsprechend der Regelung in § 19 Abs. 1 des Landesvertrages in aller Regel Krankenhausrechnungen aufgrund der darin enthaltenen Zahlungsfristen zunächst von den Krankenkassen in voller Höhe beglichen werden, um zu vermeiden, mit der Zahlung der Vergütung in Verzug zu geraten. Erst anschließend wird dann üblicherweise bei bestehenden Zweifeln eine Prüfung der Krankenhausabrechnung beim MDK eingeleitet. Etwaige sich nach Prüfung ergebende Rückzahlungs- bzw. Erstattungsansprüche werden dann in der Regel mit anderen unstrittig bestehenden Vergütungsansprüchen des Krankenhausträgers gegenüber der Krankenkasse verrechnet bzw. von dieser zurückgefordert. Wäre die Auffassung der Beklagten zutreffend, würde § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV angesichts dieser üblichen "Zahlungsgepflogenheiten" im Verhältnis zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse nahezu leerlaufen. Überdies stellt nach Auffassung der Kammer die in § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV enthaltene Formulierung "Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag" eine umfassende Regelung dar, mit der nach dem Willen der Vertragspartner sowohl die übliche Fallkonstellation (zunächst Zahlung der Vergütung in voller Höhe, dann Prüfung durch MDK mit etwaiger Rückforderung) als auch die wohl eher seltene, aber vorstellbare Fallkonstellation (zunächst Prüfung durch MDK mit anschließender Zahlung eines Teils der Vergütung) abgedeckt werden soll.

Der Hinweis der Beklagten, in § 7 Abs. 2 PrüfV finde sich anders als beispielsweise in § 6 Abs. 2 Satz 3 PrüfV und in § 8 PrüfV keine ausdrücklich so bezeichnete Ausschlussfrist, ist zwar zutreffend. Dies steht allerdings dem Erstattungsanspruch der Klägerin nicht entgegen, da es sich auch ohne ausdrückliche Bezeichnung bei der in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV enthaltenen 4-Wochen-Frist um eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist handelt. Dies belegt der Zusammenhang zwischen § 7 Abs. 2 Satz 3 und Satz 4 PrüfV. Wie aus diesen beiden Sätzen des § 7 Abs. 2 PrüfV zu ersehen ist, führt die Versäumung der in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV enthaltenen 4-Wochen-Frist nach § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV unmittelbar zur Sanktion einer Rechnungskürzung. Damit wird der Charakter der Regelung des § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV als Ausschlussfrist deutlich. Anderenfalls würde die in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV enthaltene Fristsetzung ("hat zu übermitteln") sinn- und wertlos. Eine Fristversäumung hätte - würde man der Auffassung der Beklagten folgen - keinerlei rechtliche Konsequenzen, wäre daher ohne jede Bedeutung und würde dem dargestellten Ziel der PrüfV, das Prüfverfahren zu beschleunigen, widersprechen. Ferner wird bei Qualifizierung des § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV als Ausschlussfrist ein Gleichklang mit der Regelung des § 6 Abs. 2 Sätze 2 und 3 PrüfV erzielt. Danach hat die Beauftragung des MDK durch die Krankenkasse innerhalb der 6-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V zu erfolgen. Hierzu haben die Vertragsparteien abweichend zu § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V vereinbart, dass es sich bei dieser Frist um eine Ausschlussfrist handelt (vgl. zu § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V BSG, Urteil vom 19.04.2016 - B 1 KR 33/15 R - juris, Rdnr. 21 m.w.N. -). Sowohl § 6 Abs. 2 Sätze 2 und 3 PrüfV als auch § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV dienen dem der PrüfV zugrundeliegenden Gebot der Beschleunigung des Prüfverfahrens. Mit diesem Gebot wäre es jedoch nicht zu vereinbaren, den Krankenkassen einseitig eine Ausschlussfrist mit Einwendungsausschluss aufzuerlegen, während demgegenüber für Krankenhausträger trotz ausdrücklicher Regelung in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV eine Versäumung der Vorlagefrist für Unterlagen ohne Rechtsfolgen bleibt, insbesondere zu keinem Einwendungsausschluss führt. Unabhängig von der Begrifflichkeit handelt es sich somit bei der Regelung in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV entgegen der Ansicht der Beklagten um eine Ausschlussfrist (so auch Sozialgericht Köln, Urteil vom 04.05.2016 - S 23 KN 108/15 KR - juris - mit Anmerkung Makoski, jurisPR-Medizin R 11/2016 Anmerkung 2). Ebenso vertritt der GKV-Spitzenverband in seinen Hinweisen (a.a.O.) die Auffassung, dass es sich bei der Frist in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV um eine Ausschlussfrist handelt. Demgegenüber werden von der DKG in ihren Umsetzungshinweisen (a.a.O.) lediglich die hierzu vertretenen unterschiedlichen Standpunkte dargelegt, ohne sich insoweit eindeutig zu positionieren. Allerdings ist auch nach den Umsetzungshinweisen der DKG die Einführung der Frist zur Unterlagenübersendung vor dem Hintergrund der Verfahrensbeschleunigung zu sehen. Zudem sei es vielfach als problematisch empfunden worden, dass zwar die Krankenkasse eine Reihe von Ausschlussfristen einzuhalten habe, nicht jedoch das Krankenhaus hinsichtlich seiner Mitwirkungspflicht. Um diesen Bedenken entgegenzuwirken sowie aus Gründen der Ausgewogenheit sei eine vom Krankenhaus einzuhaltende Frist für die Übersendung von Unterlagen an den MDK vereinbart worden. Dies belegt zur Überzeugung der Kammer, dass auch die DKG die in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV enthaltene 4-Wochen-Frist als "Gegenstück" zu den von den Krankenkassen einzuhaltenden (Ausschluss)Fristen, z.B. des § 6 Abs. 2 Satz 2 PrüfV ansieht.

Auch der Auffassung der Beklagten, die in § 17c Abs. 2 KHG enthaltene Ermächtigung wäre überschritten, falls eine Verfristung nach § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV zu einem Anspruch auf Erstattung bereits geleisteter Vergütung führe, vermag sich die Kammer nicht anzuschließen. Zum Beleg für ihr Vorbringen, aus der Ermächtigung lasse sich keine Ermächtigung zur Festlegung über die im SGB V ausdrücklich geregelten materiellen Einwendungs- und Ausschlussfristen hinaus ableiten, verweist die Beklagte auf Entscheidungen der Sozialgerichte Kassel und Gießen. Das Sozialgericht Kassel (Gerichtsbescheid vom 25.11.2016 - S 12 KR 594/15 - juris -) vertritt in seiner Entscheidung die Auffassung, unmittelbar aus § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG lasse sich allein die Ermächtigung zur Regelung von Verfahrensfragen ableiten, nicht

mehr und nicht weniger, wobei die Regelungen des § 17c Abs. 2 Sätze 1 bis 4 KHG dann auch und gerade keine Ermächtigung zur Festlegung über die im SGB V ausdrücklich gesetzlich geregelten materiellen Einwendungs- und Ausschlussfristen hinaus beinhalten würden. Eine solche Kompetenz/Legitimation käme den "Vertragspartnern" der PrüfvV nicht zu, sie wäre nicht von § 17c Abs. 2 KHG gedeckt. Auch das Sozialgericht Gießen (Urteil vom 10.11.2017 - [S 7 KR 70/16](#) - juris -) sieht die Vereinbarung einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist zur nachträglichen Rechnungs Korrektur nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG gedeckt. Unter Verweis auf die Entscheidung des Sozialgerichts Kassel überschreite die Annahme eines materiell-rechtlichen Ausschlusses bereits den Gesetzeswortlaut. Zudem werde in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV auf die Bezeichnung als Ausschlussfrist verzichtet, was den Schluss nahelege, dass sich die Parteien der PrüfvV auf diese weitreichende Folge in diesem Kontext gerade nicht geeinigt hätten. Nach Auffassung des Sozialgerichts Gießen wäre hier zumindest eine ausdrückliche Bezeichnung als Ausschlussfrist erforderlich gewesen. Schließlich diene das Prüfverfahren der zeitnahen einvernehmlichen Regelung. Auch dies spreche gegen einen materiell-rechtlichen Ausschluss im streitigen Verfahren.

Sowohl die Beklagte als auch die Sozialgerichte Kassel und Gießen weisen zwar zutreffend darauf hin, dass § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG den GKV-Spitzenverband und die DKG ermächtigen, "das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#)" zu regeln. In § 17c Abs. 2 Satz 2 KHG werden dann einzelne Sachverhalte aufgeführt, die die Vertragsparteien zu regeln haben. Hierzu zählen der Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des MDK, der Zeitpunkt der Beauftragung des MDK, die Prüfungsdauer, der Prüfungsort und die Abwicklung von Rückforderungen. Allerdings ist diese in § 17c Abs. 2 Satz 2 KHG enthaltene Aufzählung der zu regelnden Sachverhalte nicht abschließend. Dies belegen zum einen die Gesetzesmaterialien, zum anderen der Wortlaut dieser Regelung. In den Gesetzesmaterialien (a.a.O.) findet sich der ausdrückliche Hinweis, dass die Benennung der zu vereinbarenden Regelungsinhalte in Satz 2 nicht abschließend sei, sodass auch Vereinbarungen zu anderen regelungsrelevanten Sachverhalten getroffen werden könnten. Auch der hierauf gestützte Wortlaut (" insbesondere ") belegt, dass die zu regelnden Sachverhalte in § 17c Abs. 2 Satz 2 KHG nicht abschließend aufgeführt sind. Nach Überzeugung der Kammer ergibt sich hieraus für die Vertragsparteien, also für den GKV-Spitzenverband und die DKG die Befugnis, weitergehende Regelungen im Rahmen der Prüfung von Krankenhausabrechnungen zu treffen. Nachdem die Vertragsparteien - auch nach Ansicht der Beklagten - zutreffend auf der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG die in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV enthaltene Pflicht zur Vorlage angeforderter Unterlagen an den MDK innerhalb der 4-Wochen-Frist geregelt haben, schließt dies auch die Ermächtigung mit ein, entsprechende Folgen bei Fristversäumnis in der PrüfvV zu vereinbaren. Nach Überzeugung der Kammer kann nur so die Einhaltung der Frist sichergestellt werden. Zudem wurde § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfvV nicht einseitig festgelegt, sondern gemeinsam von GKV-Spitzenverband und DKG vereinbart. Für die Kammer besteht somit eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage für die Vereinbarung einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV (so auch zutreffend Sozialgericht Köln, a.a.O.).

Der Qualifizierung der Regelung in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV als materiell-rechtliche Ausschlussfrist steht die Rechtsprechung des BSG nicht entgegen. Nach zutreffender Auffassung des BSG (Urteil vom 19.04.2016, [a.a.O.](#)) sind zwar materiell-rechtliche Ausschlussfristen zulasten der Versichertengemeinschaft unwirksam. Vorliegend handelt es sich jedoch bei der Regelung in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV um eine Regelung zu Gunsten der Versichertengemeinschaft, da sie es den Krankenkassen ermöglichen soll, Krankenhausabrechnungen zu prüfen und etwaige Überzahlungen bzw. nicht gerechtfertigte Zahlungsansprüche festzustellen. § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV dient damit dem Zweck, zu Gunsten der Versichertengemeinschaft sicherzustellen, dass Krankenkassen nur Vergütungen für erforderliche Krankenhausbehandlungen leisten.

Damit ist die Beklagte verpflichtet, der Klägerin die von ihr zu Unrecht gezahlte Vergütung für die Behandlung des S vom 03. bis 23.07.2016 zu erstatten.

Der vom Hauptanspruch abhängige Zinsanspruch ergibt sich in begehrter Höhe aus [§ 286 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 1](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) i.V.m. [§ 288 Abs. 1 Satz 2 BGB](#) in analoger Anwendung. Die Klägerin hat die Beklagte unter Fristsetzung bis 04.10.2016 zur Rückzahlung des streitgegenständlichen Betrages aufgefordert. Da innerhalb dieser Frist keine Zahlung durch die Beklagte erfolgte, befand sich die Beklagte ab 05.10.2016 in Verzug.

Da der Klage in vollem Umfang stattgegeben wurde, bedarf es keiner Entscheidung über die von der Klägerin hilfsweise gestellten Anträge.

Die Kostentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung, da weder Klägerin noch Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

Die Sprungrevision gegen dieses Urteil wird nach [§ 161 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen, da die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat. Soweit ersichtlich liegt zu der hier streitgegenständlichen Frage, ob die Regelung in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfvV eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist darstellt, noch keine höchstrichterliche Rechtsprechung vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2020-09-24