

## L 8 KR 41/19

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
Hessisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
8  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 14 KR 1/18  
Datum  
02.01.2019  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 8 KR 41/19  
Datum  
27.08.2020  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 32/20 R  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Marburg vom 2. Januar 2019 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert wird auf 7.607,48 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Im Streit steht die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung und dabei insbesondere das Bestehen eines Vergütungsausschlusses aufgrund der Regelung des § 7 Abs. 2 der Prüfverfahrensvereinbarung in der ab dem 1. Januar 2015 gültigen Fassung (PrüfV 2015).

Die bei der Beklagten versicherte C. C. (nachfolgend: Versicherte) wurde vom 9. bis 15. Dezember 2015 in der Klinik der Klägerin vollstationär behandelt. Am 11. Februar 2016 stellte die Klägerin der Beklagten hierfür einen Betrag in Höhe von 7.607,48 EUR auf der Grundlage des DRG L06A (Kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schwerer CC) in Rechnung, der von der Beklagten zunächst vollständig beglichen wurde.

Nachfolgend leitete die Beklagte ein Prüfverfahren ein und zeigte dies der Klägerin mit Schreiben vom 10. März 2016 an. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Hessen (MDK) teilte der Klägerin in einem Schreiben vom 14. März 2016 unter dem Betreff "Begehung" den Erhalt des Prüfauftrags mit folgender Fragestellung mit: "Bestand die Notwendigkeit der vollstationären KH-Behandlung nach [§ 39 SGB V](#) für die gesamte Dauer vom ... bis ...? Unterfrage: Die Notwendigkeit der stationären Behandlung vom 9. Dezember 2015 bis 15. Dezember 2015 ist nicht ersichtlich." Daneben seien die "Nebendiagnose R15 und das Zusatzentgelt ZE2015-36 nicht nachvollziehbar." Mit weiterem Schreiben vom 15. März 2016 forderte der MDK von der Klägerin unter nochmaliger Benennung der vorgenannten Fragestellung die Übersendung von 12 im einzelnen benannten Behandlungsunterlagen. Der MDK teilte der Beklagten mit Schreiben vom 13. April 2016 mit, dass die angeforderten Unterlagen von der Klägerin nicht vorgelegt worden seien und somit die Begutachtung nicht habe erfolgen könne. Die Beklagte wies die Klägerin hierauf mit Schreiben vom 19. Mai 2016 hin und bat um Stornierung des Rechnungsbetrags, andernfalls werde sie eine Aufrechnung vornehmen. Am 20. Juni 2016 erfolgte die Aufrechnung der streitgegenständlichen Vergütung mit weiteren unstrittigen Vergütungsansprüchen der Klägerin.

Hiergegen richtet sich die am 3. Januar 2018 vor dem Sozialgericht Marburg erhobene Klage. Die Klägerin hat dabei geltend gemacht, die MDK-Prüfaufträge seien widersprüchlich, weshalb sich die Beklagte nicht auf die vierwöchige Frist zur Übersendung der Unterlagen berufen könne. Mit dem Schreiben vom 14. März 2016 habe der MDK zunächst eine Begehung im Krankenhaus angekündigt. Am Folgetag sei dann ein Prüfauftrag für ein schriftliches Verfahren mit der Bitte um Übersendung von Unterlagen übersandt worden. Zudem mangle es der Normierung einer Ausschlussfrist in § 7 Abs. 2 S. 3 PrüfV 2015 an einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Diese Regelung sei insbesondere nicht geeignet, den im gerichtlichen Verfahren geltenden Amtsermittlungsgrundsatz zu durchbrechen. [§ 103 SGG](#) könne nur durch förmliches Bundesgesetz außer Kraft gesetzt werden.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 2. Januar 2019 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin habe unstrittig die angeforderten Behandlungsunterlagen nicht innerhalb der Vier-Wochenfrist nach § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV übersandt. Damit

habe sie nach § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV keinen Anspruch auf den strittigen Rechnungsbetrag. Es könne dahingestellt bleiben, ob es sich bei § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV um eine Ausschlussfrist handele, da die Nichteinhaltung nach ihrem eindeutigen Wortlaut zum Vergütungsausschluss führe. Das Prüfverfahren sei von der Beklagten auch ordnungsgemäß eingeleitet worden. Erkenne die Krankenkasse bei der Prüfung nach § 3 PrüfV Auffälligkeiten, die es erforderlich machen, eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen oder der Korrektheit deren Abrechnung nach [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) einzuleiten, habe sie dem Krankenhaus die Auffälligkeiten innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der nach § 3 übermittelten Daten und der entsprechenden Krankenhausrechnung so konkret wie möglich mitzuteilen und hierbei die Art der Prüfung zu bestimmen. Vorliegend habe die Beklagte weniger als einen Monat nach Rechnungslegung das Prüfverfahren eingeleitet und dem Krankenhaus die Prüfungsart mitgeteilt. Sie habe insoweit eine Fehlbelegungsprüfung sowie eine Teilprüfung der Abrechnung unter Angabe der Nebendiagnose und des Zusatzentgelts angekündigt. Der MDK sei von der Beklagten mit der Prüfung (§ 6 Abs. 1 Buchst. e PrüfV) innerhalb der Sechs-Wochen-Frist nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse beauftragt worden (§ 6 Abs. 2 Satz 2 PrüfV). Der MDK habe dies der Klägerin unverzüglich mit Schreiben vom 14. März 2016 angezeigt (§ 6 Abs. 3 Satz 1 PrüfV) und dabei auch hinreichend eindeutig die Prüfmethode mitgeteilt. Hierzu seien von MDK in der Prüfanzeige die bei der Einleitung des Prüfverfahrens (§ 4) mitgeteilten Auffälligkeiten ggf. zu konkretisieren und, sofern in dem Vorverfahren weitere Erkenntnisse gewonnen wurden, zu ergänzen (§ 6 Abs. 3 Satz 2 PrüfV). Der MDK habe der Klägerin im Schreiben vom 14. März 2016 den Prüfauftrag mitgeteilt. Soweit er hierbei in der Betreffzeile über der Angabe zum Behandlungsfall mit dem Wort "Begehung" eine Prüfung vor Ort angekündigt haben sollte, habe er dies jedenfalls mit Schreiben vom 15. März 2016 widerrufen. Mit diesem Schreiben habe er verschiedene Unterlagen angefordert und damit eine Prüfung im schriftlichen Verfahren angekündigt. Ein Wechsel der Prüfmethode sei jedenfalls innerhalb der Sechs-Wochen-Frist nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse (§ 6 Abs. 2 Satz 2 PrüfV) möglich. Der MDK sei gem. § 7 Abs. 1 PrüfV berechtigt gewesen, sich für eine Prüfung im schriftlichen Verfahren zu entscheiden. Die PrüfV sei auch auf vorliegendes Prüfverfahren anzuwenden, da es sich in erster Linie um eine Auffälligkeitsprüfung gehandelt habe. Dabei sei in erster Linie die Erforderlichkeit der stationären Krankenhausbehandlung für den gesamten Zeitraum und damit die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots streitig gewesen. Diese Frage sei Gegenstand der Auffälligkeitsprüfung. Die Bestimmung des § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 PrüfV 2015 beruhe auch auf einer ausreichenden Ermächtigungsgrundlage. § 17c Abs. 2 KHG ermächtige die Vertragspartner auch zu abweichenden Regelungen zu [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#), also zur Frist zu Einleitung des Prüfverfahrens. Die Ermächtigung zu den weiteren Verfahrensregelungen beinhalte auch die Ermächtigung zur Regelung der aus der Nichteinhaltung folgenden Konsequenzen. Bereits der Wortlaut der Regelung des § 17c Abs. 2 KHG, wonach das "Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275c SGB V](#)" geregelt werden könne, lege es nahe, dass den Vertragsparteien ein gewisser Spielraum eingeräumt worden sei, welche Inhalte sie für regelungsbedürftig und -relevant halten. Die Gesetzesbegründung weise diesbezüglich darauf hin, dass die Benennung der zu vereinbarenden Regelungsinhalte in § 17c Abs. 2 KHG nicht abschließend sei ([BT-Drs. 17/13947, S. 38](#)). Außerdem nenne die Gesetzgebung auch beispielhaft die Abwicklung von Rückforderungen und die Zulässigkeit von Aufrechnungen mit offenen Forderungen ([BT-Drs. 17/13947, S. 38](#)), weshalb auch die Voraussetzungen dieser Sachverhalte einer Regelung in der PrüfV zugänglich seien. Den Vertragsparteien sei damit ein Spielraum eingeräumt, die Modalitäten für die Abrechnungsprüfungen festzulegen. Dazu könnten Regelungen zur Prüfungsdauer und zu Fristen für die Einreichung von Unterlagen gehören. Es liege im Interesse beider Beteiligten, in absehbarer Zeit Klarheit zu erhalten und eine zügige endgültige Abrechnung zu gewährleisten. Um die Einhaltung von Fristen durch die Vertragsparteien sicher zu stellen, könnten auch Folgen bei Vorliegen von Fristversäumnis vereinbart werden (Bezug auf LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 17. April 2018 - [L 11 KR 936/17](#), juris Rn. 52). Es sei nicht zwingend, dass die Ermächtigung zu Verfahrensfristen nicht auch zu materiellen Einwendungs- und Ausschlussfristen ermächtige, wie auch die Möglichkeit zeige, eine abweichende Regelung zur Sechs-Wochen-Frist zu treffen. Zudem sei die Regelung von Fristen nicht sinnvoll, deren Nichteinhaltung keine Konsequenzen zur Folge habe. Durch daneben bestehende allgemeine Verjährungsregelungen seien engere Verfahrensfristen nicht grundsätzlich ausgeschlossen. Es sei auch nicht maßgeblich, dass § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV, anders als in §§ 6 Abs. 2, 8 PrüfV nicht ausdrücklich als Ausschlussfrist bezeichnet werde, da § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV die Konsequenzen bei Nichteinhaltung der Frist regele. § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV sei auch hinreichend bestimmt. Aus dem Prüfantrag werde hinreichend deutlich, welcher Teil der Rechnung strittig sei. Daher könne ohne weiteres eine Vergleichsberechnung unter Wegfall des strittigen Teils ergehen, so dass aus der Differenz auch der strittige Teil berechnet werden könne. Als untergesetzliche Rechtsnorm binde die PrüfV die Gerichte, sofern kein Verstoß gegen höherrangiges Recht vorliege. Insofern werde auch der Amtsermittlungsgrundsatz der Krankenkasse als auch des Gerichts beschränkt. Die Frist von vier Wochen erscheine nicht als unangemessen kurz. Die Übersendung von Behandlungsunterlagen innerhalb dieser Frist erscheine zumutbar, insbesondere angesichts der bereits im Gesetz vorgegebenen 6 Wochen-Frist.

Der Gerichtsbescheid ist am 7. Januar 2019 an die Prozessbevollmächtigten der Klägerin zugestellt worden. Die Berufung der Klägerin ist am 22. Januar 2019 am Hessischen Landessozialgericht eingegangen.

Die Klägerin ist der Ansicht, aufgrund der Widersprüchlichkeit der mit Faxmitteilungen vom 14. und 15. März 2016 übersandten Prüfanzeigen könne ihr die Frist der PrüfV 2015 nicht entgegeng gehalten werden. Der MDK habe sich nicht eindeutig positioniert, welche Art der Prüfung bei ihr vollzogen werden sollte. Zudem würden vom MDK Hessen unabhängig vom konkreten Einzelfall immer die gleichen 12 Dokumente angefordert. Diese pauschale Vorgehensweise stelle keine wirksame Unterlagenanforderung im Sinne des § 7 Abs. 2 S. 2 PrüfV 2015 dar. Im Übrigen stelle die Regelungen des § 7 Abs. 2 S. 3 PrüfV 2015 keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist dar und sei nicht von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Abs. 2 KHG gedeckt.

Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Marburg vom 2. Januar 2019 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 7.607,48 EUR nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20. Juni 2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie sieht sich durch die Entscheidung des Sozialgerichts Marburg bestätigt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Entscheidung des Senats konnte ohne mündliche Verhandlung ergehen, da die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die zulässige Berufung der Klägerin ist in der Sache nicht begründet. Das Sozialgericht hat die auf Entrichtung der Vergütung in Höhe von 7.607,48 EUR gerichtete Klage zu Recht abgewiesen, da der zunächst nach den einschlägigen vergütungsrechtlichen Bestimmungen aufgrund der stationären Behandlung der Versicherten in der Klinik der Klägerin unstrittig entstandene Anspruch aufgrund der Regelung des § 7 Abs. 2 S. 3 PrüfV nach Ablauf der 4-wöchigen Frist zur Vorlage der zur Prüfung der Rechnung vom MDK benötigten und angeforderten Unterlagen wieder erloschen ist.

Zwischen den Beteiligten ist nicht streitig, dass der Klägerin ursprünglich aufgrund stationärer Behandlungen des Versicherten der Beklagten eine Vergütung zustand. Hinsichtlich der vorliegend einschlägigen Tatbestandsvoraussetzungen für die Entstehung des Anspruchs auf Vergütung der streitgegenständlichen Krankenhausbehandlung wird daher auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts in dem angefochtenen Gerichtsbescheid Bezug genommen und von einer nochmaligen Ausführung abgesehen.

Strittig ist allein, ob der Vergütungsanspruch der Klägerin aufgrund deren unzureichender Mitwirkung nach der PrüfV 2015 wieder erloschen ist.

In Übereinstimmung mit dem Sozialgericht hält vorliegend auch der Senat die Regelung des § 7 Abs. 2 PrüfV 2015 für anwendbar, da der MDK aufgrund seiner schriftlichen Mitteilung an die Klägerin vom 15. März 2016 zweifelsfrei eine Prüfung im schriftlichen Verfahren eröffnet hat, welche dem Prüfregime des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) und damit grundsätzlich den Regelungen der PrüfV 2015 unterliegt (§§ 1 und 2 PrüfV 2015).

Dem steht nicht entgegen, dass der MDK einen Tag zuvor, am 14. März 2016, noch eine Begehung angekündigt hatte, welche als "Prüfung vor Ort" nicht den Regelungen des § 7 Abs. 2 S. 2-4 PrüfV 2015 unterliegt. Nach § 7 Abs. 1 PrüfV 2015 liegt es in der Entscheidungsbefugnis des MDK, eine Prüfung vor Ort oder eine Prüfung im schriftlichen Verfahren durchzuführen. Zwar enthält die Regelung in S. 1 eine Sollvorschrift, wonach eine Verständigung zwischen dem MDK und dem Krankenhaus erfolgen soll, in welcher Form die Prüfung durchgeführt wird. Kommt es zu keiner Verständigung, so steht es dem MDK frei, die Form der Prüfung zu bestimmen. In diesem Zusammenhang bestehen keine Bedenken, dass die Entscheidung für eine Form der Prüfung seitens des MDK vor deren Beginn nochmals abgeändert werden kann, wie das vorliegend der Fall gewesen ist.

Vom Sozialgericht wurde weiterhin zutreffend dargelegt, dass es sich angesichts der Formulierung der Prüfanzeige vorliegend auch um eine Auffälligkeitsprüfung im Sinne des [§ 275 SGB V](#) gehandelt hat, da sich die Fragestellung u.a. ausdrücklich auf die Notwendigkeit des Umfangs der stationären Behandlung bezog. Hiergegen wurden seitens der Klägerin auch keine Einwände vorgetragen.

Der Ansicht der Klägerin, die vom MDK Hessen geübte Praxis, unabhängig vom konkreten Einzelfall immer die gleichen 12 Dokumente anzufordern, stelle keine wirksame Unterlagenanforderung im Sinne des § 7 Abs. 2 S. 2 PrüfV 2015 dar, vermag sich der Senat nicht anzuschließen. Aus § 7 Abs. 2 S. 2 PrüfV 2015 folgt eine weitgehende Beurteilungs- bzw. Einschätzungsfreiheit des MDK hinsichtlich der von ihm für die Prüfung benötigten Unterlagen. Da dem MDK mit der Einleitung des Prüfverfahrens im Regelfall überhaupt noch keine Behandlungsunterlagen bzw. sonstigen Details zur Behandlung vorliegen und sich demgemäß die Unterlagenanforderung allein am Prüfauftrag mit der Fragestellung der Krankenkasse orientieren kann, können hieran auch keine allzu hohen Anforderungen gestellt werden. Selbst wenn vom MDK vorliegend mehr Unterlagen angefordert worden sein sollten, als dieser letztendlich für die Prüfung benötigt, ist es für die Auslösung der Rechtsfolge des § 7 Abs. 2 S. 3 und 4 PrüfV 2015 jedenfalls ausreichend, wenn unter anderem die Unterlagen angefordert wurden, welche im konkreten Prüfungsfall tatsächlich notwendig gewesen sind. Falls das Krankenhaus der Ansicht sein sollte (etwa aus datenschutzrechtlichen Gründen), dass nicht alle angeforderten Unterlagen notwendig sind, so wäre von diesem zu verlangen, dass zumindest die aus dessen Sicht prüfungsrelevanten Unterlagen vorgelegt werden und hinsichtlich der übrigen Unterlagenanforderung in einen fachlichen Austausch mit den MDK eingetreten wird. Vorliegend wurden von der Klägerin allerdings überhaupt keine Unterlagen vorgelegt, ohne die Notwendigkeit der Vorlage bestimmter Unterlagen mit dem MDK abzuklären.

Entgegen der Ansicht der Klägerin beinhaltet die Regelung des § 7 Abs. 2 S. 3 und 4 PrüfV 2015 der Sache nach eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist. Die betreffende Vereinbarung lässt sich schließlich auch auf eine hinreichende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage stützen.

Hierzu hat der Senat bereits in einem Urteil vom 28. Mai 2020 ([L 8 KR 221/18](#) juris, Revision vor dem BSG anhängig: [B 1 KR 24/20](#)) wie folgt ausgeführt:

Die Regelung des § 7 Abs. 2 S. 3 und 4 PrüfV a.F. beinhaltet der Sache nach eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist, welche sich auch auf eine hinreichende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage stützen lässt. Die Formulierung der PrüfV a.F. in § 7 Abs. 2 S. 4 ("Erfolgt dies nicht, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag"), lässt zur Überzeugung des Senats allein den Schluss darauf zu, dass bei Nichterfüllung der Voraussetzungen des vorangegangenen S. 3 ("Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb von vier Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln"), der Sache nach ein Ausschluss des infolgedessen nicht überprüfbaren Zahlungsanspruchs eintritt.

Der Senat schließt sich diesbezüglich der Rechtsauffassung des Landessozialgerichts Baden-Württemberg an (Urteile vom 17. April 2018 - [L 11 KR 936/17](#), juris Rn. 50 ff. sowie vom 21. Januar 2020 - [L 11 KR 1437/19](#), juris Rn. 36), wonach es sich bei § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV a.F. um eine Frist handelt, die einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist entspricht. Hierbei handelt es sich zwar nicht um eine "klassische" Ausschlussfrist, weil das Krankenhaus im Fall einer Fristversäumung nur dann mit der kompletten Vergütungsforderung ausgeschlossen ist, wenn die Krankenkasse der Meinung ist, dass dem Krankenhaus gar kein Anspruch auf Vergütung zusteht. Die Wirkung einer Versäumung der Frist des § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV ist in § 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV jedoch ausdrücklich bestimmt. Danach steht dem Krankenhaus bei einer nicht fristgerechten Vorlage der angeforderten Unterlagen nur ein Anspruch auf den unstrittigen Betrag zu. Diese Regelung ist abschließend; in ihrer Wirkung entspricht sie in Bezug auf den strittigen Betrag einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist. Als solche ist die

Regelung des § 7 Abs. 2 Satz 3 und Satz 4 PrüfV auch von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Abs. 2 KHG gedeckt. In einem obiter dictum hat sich das BSG dem angeschlossen und hierbei ausgeführt: "Während etwa § 7 Abs. 2 Satz 3 und 4 der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG geschlossenen, am 1. September 2014 in Kraft getretenen Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) aufgrund hinreichender Ermächtigung (vgl. § 17c Abs. 2 KHG; rechtsähnlich z.B. BSG SozR 4-2500 § 129 Nr. 7 RdNr. 15 ff. m.w.N.) mit der Vergütungsbegrenzung auf das Unstreitige eine wirksame, verhältnismäßige und spezielle materiell-rechtliche Ausschlussregelung enthält (zutreffend etwa LSG Baden-Württemberg Urteil vom 17. April 2018 - [L 11 KR 936/17](#) - juris RdNr. 53 = KHE 2018/10), existiert für den betroffenen Behandlungsfall (Anm.: aus dem Jahr 2012, d.h. vor Inkrafttreten der PrüfV) keine gesetzliche oder vertragliche Grundlage, nach der das Krankenhaus im Rechtsstreit über eine weder verjährte noch verwirkte Vergütungsforderung mit tatsächlichem Vorbringen nach Ablauf bestimmter Fristen ausgeschlossen wäre" (BSG, Urteil vom 19. November 2019 - [B 1 KR 33/18 R](#) -, juris Rn. 16).

Soweit von der Klägerin und hiermit übereinstimmend vom Sozialgericht in dem angefochtenen Urteil demgegenüber die Auffassung vertreten wird, dass die Vereinbarung einer Ausschlussfrist in der PrüfV a.F. von der Ermächtigungsgrundlage des § 17 c Abs. 2 KHG nicht gedeckt sei, vermag dies der Senat angesichts des Wortlautes der gesetzlichen Bestimmung sowie auch der hierzu vorliegenden Gesetzesmaterialien nicht nachzuvollziehen. § 17c Abs. 2 KHG in der vorliegend anwendbaren Fassung vom 21. Juli 2014 lautet: 1Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Absatz 1c](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu [§ 275 Absatz 1c Satz 2](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch möglich. 2Dabei 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 Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen.

Unter der Bezeichnung "Näheres zum Prüfverfahren" als primärer Regelungsgegenstand der PrüfV a.F. lassen sich ohne weiteres auch die Auswirkungen auf den Vergütungsanspruch infolge von Verstößen gegen Regelungen zum Ablauf des Prüfverfahrens subsumieren. Die Aufzählung von möglichen Einzelregelungen der PrüfV a.F. in § 17c Abs. 2 S. 2 KHG ist nicht abschließend, sondern lediglich beispielhaft ("insbesondere"), so dass hierdurch die Regelung einer Ausschlussfrist nicht ausgeschlossen wird und folglich keine Überschreitung des Rahmens der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage darstellt. Bestätigt wird dies durch die betreffenden Ausführungen in den Gesetzesmaterialien. Danach wurden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft mit der Neufassung des Abs. 2 von § 17 KHG beauftragt, die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens für die Einzelfallprüfung durch den MDK vorzunehmen und sollten hierbei insbesondere die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung regeln. Weiter heißt es hierzu in den Materialien wörtlich: Da die Benennung der zu vereinbarenden Regelungsinhalte in Satz 2 nicht abschließend ist, können auch Vereinbarungen zu anderen regelungsrelevanten Sachverhalten getroffen werden. Mit der näheren Ausfüllung dieser Vorgaben haben es die Vertragsparteien auf Bundesebene in der Hand, die Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Krankenkassen effektiver und konsensorientierter zu gestalten. In diesem Sinne sind unter Berücksichtigung der Rechtsprechung Vereinbarungen insbesondere zu den folgenden Sachverhalten zu treffen: &61485; Vereinbarung zum Zeitpunkt der vollständigen Vorlage zahlungsbegründender Unterlagen bei den Krankenkassen &61485; &61485; Zu klären ist, wie Rückforderungen abgewickelt werden und ob und inwieweit eine Aufrechnung mit offenen Forderungen zulässig ist. ([BT-Drs. 17/13947, S. 38](#)).

Damit wird zunächst nochmals klargestellt, dass die gesetzliche Aufzählung der möglichen Regelungsinhalte in § 17 Abs. 2 KHG nicht abschließend ist. Zudem verdeutlicht die in den Gesetzesmaterialien beispielhaft ("insbesondere") erfolgte Benennung weiterer möglicher Regelungsinhalte der PrüfV, dass es sich hierbei auch um Regelungen mit Auswirkungen auf den Vergütungsanspruch handeln kann. So impliziert die Formulierung "Vereinbarung zum Zeitpunkt der vollständigen Vorlage zahlungsbegründender Unterlagen bei den Krankenkassen", dass die nicht rechtzeitige Vorlage vollständiger Unterlagen Rechtsfolgen für den Zahlungsanspruch nach sich ziehen kann. Dies ergibt sich auch aus dem weiteren, beispielhaft aufgeführten möglichen Regelungsinhalt der PrüfV "zu klären, wie Rückforderungen abgewickelt werden und ob und inwieweit eine Aufrechnung mit offenen Forderungen zulässig ist".

Die Zulässigkeit der Vereinbarung einer Ausschlussfrist in der PrüfV a.F. folgt für den Senat auch aus dem Umstand, dass die Ermächtigungsgrundlage des § 17c KHG eine Regelung im Gleichordnungsverhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern trifft. Für entsprechende Regelungen im Gleichordnungsverhältnis zwischen Krankenkassen und Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (KZÄV) bestehen nach der Rechtsprechung des BSG keine grundsätzlichen Bedenken, wenn eine zwischen den Vertragspartnern im Gleichordnungsverhältnis auf gesetzlicher Grundlage von [§ 82 SGB V](#) getroffene bundesmantelvertragliche Regelung die Wirkung einer materiellen Sanktion in Form eines Forderungsverlustes hat. So hat es für § 17 Abs. 1 S. 5 Ersatzkassenvertrag-Zahnärzte in der ab dem 1. April 2014 geltenden Fassung, in dem geregelt war, dass von der KZÄV nicht rechtzeitig bearbeitete Berichtigungsanträge die Ersatzkasse "zur Einbehaltung von 75 v.H. der mit den Berichtigungsanträgen geltend gemachten Forderungen" berechtigen, entschieden: "Nach alledem lässt sich nicht mit der erforderlichen Sicherheit feststellen, dass die Vertragspartner für den Fall einer verspäteten Bearbeitung einen endgültigen Forderungsverlust vereinbaren wollten. Die gravierende Folge eines endgültigen Verlustes der Forderung in Höhe des Einbehalts bedürfte einer klaren, zweifelsfreien normativen Regelung, wie sie das Gesetz etwa in [§ 106a Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) n.F. mit der Formulierung "kann auf die Gesamtvergütung anrechnen" vorsieht" (BSG, Urteil vom 23. März 2016 - [B 6 KA 14/15 R](#) -, SozR 4-5555 § 17 Nr. 1, Rn. 30). Hieraus ergibt sich, dass das BSG selbst eine auf der sehr allgemeinen Grundlage von [§ 82 SGB V](#) getroffene Regelung, die einen Forderungsausschluss beinhaltet, für grundsätzlich zulässig hält und lediglich eine zweifelsfreie Regelung fordert.

Auch in anderen Zusammenhängen hat das BSG materiell-rechtliche Ausschlussfristen in untergesetzlichen Regelungen für unbedenklich angesehen: "Die KÄVen sind allerdings auf der Rechtsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 Satz 1](#) und 2 SGB V (in der hier maßgeblichen Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992, [BGBl. I 2266](#)) befugt, in ihrem HVM (Honorarverteilungsmaßstäben) Regelungen über die Modalitäten der Abrechnung durch die Vertragsärzte zu treffen. Sie dürfen in diesem Zusammenhang auch Abrechnungsfristen vorgeben und diese als Ausschlussfristen ausgestalten. Zwar dient der HVM grundsätzlich nur der Verteilung der Gesamtvergütung ([BSGE 88, 20, 22 = SozR 3-2500 § 75 Nr. 12 S. 68](#)). Doch dürfen in ihm auch Sachverhalte geregelt werden, die mit der Honorarverteilung im Zusammenhang stehen. Hierzu zählen insbesondere Bestimmungen über die Form und den Zeitpunkt der Vorlage der Abrechnungen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 32 S. 246](#); Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, K § 85 RdNr. 161). Im HVM können insbesondere nicht nur die Fristen geregelt werden, die die Vertragsärzte bei der Abrechnung einhalten müssen, sondern auch die Folgen, die sich aus einem Fristversäumnis

für die Abrechnungen ergeben. [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) lässt daher auch eine Regelung im HVM zu, nach der Abrechnungsscheine von der Vergütung ausgeschlossen sind, die nicht innerhalb des festgesetzten Einsendetermins zur Abrechnung eingereicht werden. Entgegen der Auffassung der Revision bedarf die Ausgestaltung von Abrechnungsfristen als materielle Ausschlussfristen in einem HVM keiner ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigung. Die gesetzliche Ermächtigung für den Erlass des HVM in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und der der KÄV damit eingeräumte Regelungsspielraum wird grundsätzlich dem Parlamentsvorbehalt und dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot gerecht (dazu BSG [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) RdNr. 28, 29). Weitergehende Anforderungen ergeben sich auch nicht im Hinblick auf das Grundrecht aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#). Die Ausgestaltung einer Abrechnungsfrist als Ausschlussfrist stellt für sich genommen keinen derart schwerwiegenden Eingriff in die Berufsausübung dar, dass für ihn eine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung erforderlich wäre" (BSG, Urteil vom 22. Juni 2005 - [B 6 KA 19/04 R -](#), [SozR 4-2500 § 85 Nr. 19](#), Rn. 21 22). Weiterhin dürfen nach der Rechtsprechung des BSG Landesverträge über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln auch ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung Fristen für die Erhebung von Forderungen aus Vertragsleistungen setzen und als materielle Ausschlussfristen gestalten (BSG, Urteil vom 7. Dezember 2006 [B 3 KR 29/05 R -](#), [SozR 4-2500 § 33 Nr. 14](#)).

Nach der Gesetzesbegründung soll die Vorschrift des § 17c KHG Konflikte zwischen den Vertragspartnern bei der Abrechnungsprüfung im Krankenhausbereich vermeiden und die Modalitäten der Konfliktlösung stärker in die Eigenverantwortung der Vertragspartner zu legen ([BT-Drs. 17/13947](#)). Dies impliziert die Zulässigkeit von Regelungen im Vertrag, welche die Verletzung von Verfahrens- bzw. Mitwirkungspflichten durch den (teilweisen) Verlust des Vergütungsanspruchs bzw. des Rückforderungsrechts sanktionieren. Denn wenn die Missachtung verfahrensbezogener Regelungen in der PrüfvV a.F. nicht mit Sanktionen versehen werden dürfte, stellt sich die Frage nach dem Sinn solcher Verfahrensregelungen.

Die Verbindlichkeit der PrüfvV a.F. nach Maßgabe der vorstehenden Ausführungen für die Beteiligten ergibt sich sodann unmittelbar aus § 17c Abs. 2 S. 4 KHG, wonach die vorliegend der PrüfvV a.F. zu Grunde liegende Festsetzung durch die Schiedsstelle unter anderem für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich ist.

Der Senat sieht für das vorliegende Verfahren keine Veranlassung hiervon abzuweichen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), die Streitwertfestsetzung auf [§§ 63 Abs. 2, 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz.

Die Revision war zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) vorliegen. Die streitentscheidende Auslegung von § 7 Abs. 2 Satz 3 und Satz 4 PrüfvV i.V.m. § 17c Abs 2 KHG ist bislang nicht höchstrichterlich geklärt.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2020-10-26