

S 24 KR 1181/18

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Detmold (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
24
1. Instanz
SG Detmold (NRW)
Aktenzeichen
S 24 KR 1181/18
Datum
16.05.2019
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1.
Aus der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) folgen keine materiell-rechtlichen Ausschlussfristen, weil es insofern an einer dem Vorbehalt des Gesetzes genügenden hinreichend bestimmten gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage fehlt. § 17c Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) genügt diesen Anforderungen nicht. Dies ergibt sich aus einer grammatikalischen, systematischen, historischen und teleologischen Auslegung der Regelungen in § 17c Abs. 2 KHG und §§ 275 ff. Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

2.
Ungeachtet dessen ist § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV seitens der Vertragspartner auch nicht als materiell-rechtliche Ausschlussfrist konzipiert. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 7.943,08 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 28.10.2015 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kostenübernahme für eine Krankenhausbehandlung.

Der am 00.00.1965 geborene und bei der Beklagten krankenversicherte Herr N C wurde in der Zeit vom 15.08.2015 bis 08.09.2015 im Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt. Die Aufnahme erfolgte notfallmäßig wegen des Verdachts auf eine Rezidivpneumonie.

Die Klägerin stellte der Beklagten am 13.10.2015 für diesen Aufenthalt auf Grundlage der DRG A09F (Beatmung) 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter) 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung) 1470/1380/1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur) Kosten in Höhe von 32.826,45 EUR in Rechnung, woraufhin die Beklagte am 30.10.2015 einen Betrag von 24.883,37 EUR beglich.

Mit einem Schreiben vom 29.10.2015 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass die DRG A11G (Beatmung) 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung) 588/828/1104 Aufwandspunkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter) 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose od. Prozedur, mit äußerst schweren CC) lauten müsse. Daher habe sie nur 24.883,37 EUR überwiesen.

Die Beklagte leitete ein Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. In einem Schreiben vom 30.10.2015 zeigte der MDK gegenüber der Klägerin die Prüfung des Falles an. Konkret führte er aus, dass er die medizinische Notwendigkeit und die Dauer der stationären Behandlung sowie die DRG und Beatmungsstunden überprüfen solle. Er bat um Übersendung sämtlicher Behandlungsunterlagen, die geeignet seien, die Fragestellungen der Beklagten beantworten zu können bzw. die zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt würden. Unabhängig von der von der Klägerin vorzunehmenden Auswahl an Fallunterlagen werde auf jeden Fall um Überlassung einer Kopie des Entlassungsberichts und ggf. des OP- bzw. Interventionsberichtes gebeten. Der MDK setzte der Klägerin eine Frist bis zum 27.11.2015.

Der MDK führte in einem Gutachten vom 09.05.2016 durch Dr. L aus, dass die stationäre Aufnahme und die Verweildauer nicht zu beanstanden seien. Abzurechnen sei jedoch auf Grundlage der DRG E77F (Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer

Diagnose oder äußerst schweren CC). Die von der Klägerin mitgeteilten Beatmungsstunden seien zudem nicht korrekt. Die Klägerin habe keine Beatmungsprotokolle zur Beurteilung eingereicht. In den vorgelegten intensivmedizinischen Kurvenblättern finde sich keine Dokumentation der Beatmung. Die von der Klägerin geltend gemachten 566 Beatmungsstunden seien auf Grundlage der eingereichten Unterlagen daher nicht plausibel. Schließlich sei auch die Prozedur 8-987.13 (Komplexbehandlung nicht auf spezieller Isoliereinheit: Mindestens 21 Behandlungstage) nicht zu bestätigen. In dem MDK-Gutachten wurde mitgeteilt, dass der Entlassungsbericht, die Patientenakte in Auszügen, OPS-301-Datensätze sowie die Krankenhausabrechnung zur Begutachtung vorgelegt hätten.

In einem Schreiben vom 24.05.2016 teilte die Beklagte der Klägerin das Ergebnis des MDK-Gutachtens mit und bat um entsprechende Rechnungskorrektur. Dem kam die Klägerin nicht nach.

Mit der am 04.09.2018 erhobenen Klage begehrt die Klägerin ihrerseits die noch offene Zahlung aus dem streitigen Behandlungsfall in Höhe von 7.943,08 EUR. Zur Begründung führt sie aus, dass die Abrechnung nicht zu beanstanden sei. Die Beatmungsstunden ergäben sich aus den Beatmungsprotokollen. Ferner habe die Beklagte gegen § 8 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) verstoßen, weil sie in ihrer Leistungsentscheidung pauschal auf das MDK-Ergebnis Bezug genommen habe, ohne die wesentlichen Gründe ihrer Leistungsentscheidung darzulegen. Aus der PrüfV ergebe sich weder eine Einschränkung der gerichtlichen Amtsermittlung noch ein materiell-rechtlicher Ausschluss der Krankenhausvergütung. Die Unterlagenanforderung durch den MDK sei ferner zu unbestimmt erfolgt, weil dieser lediglich "geeignete Unterlagen" erbeten habe. Dadurch sei dem Rechtsmissbrauch Tür und Tor geöffnet, weil die Krankenkasse sich immer auf den Standpunkt stellen könne, die Unterlagen seien nicht geeignet gewesen.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 7.943,08 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 28.10.2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Klage abzuweisen.

Sie beruft sich darauf, dass die Klägerin dem MDK während des Prüfverfahrens nicht alle Unterlagen vorgelegt habe, die dieser zur Prüfung benötigt habe. § 7 PrüfV stelle klar, dass der MDK seine verbindliche Beurteilung anhand der vom Krankenhaus zur Verfügung gestellten Unterlagen vorzunehmen habe. Würden die maßgeblichen Unterlagen nicht fristgerecht eingereicht, habe der MDK diese nicht mehr zu berücksichtigen. Für diese Unterlagen bestünde ein Beweisverwertungsverbot im Klageverfahren. Die Klägerin habe daher nach § 7 Abs. 2 Sätze 3 und 4 PrüfV nur einen Anspruch auf den unstrittigen Rechnungsbetrag. Auch das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg habe jüngst in einem Urteil vom 17.04.2018 ([L 11 KR 936/17](#)) bestätigt, dass die Frist in § 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV einer materiell-rechtlichen Ausschlussfrist entspreche.

In einem weiteren von der Beklagten vorgelegten Gutachten vom 22.01.2019, das nach Auswertung der gesamten Patientenakte erstellt wurde, führte der MDK durch Frau Dr. C1 aus, dass anhand der nun vorgelegten Patientenunterlagen 567 Beatmungsstunden belegt seien. Die von der Klägerin gewählte DRG sei daher korrekt.

Die Beklagte hat darauf Bezug genommen und erklärt, dass die Kodierung mittlerweile unstrittig sei. Sie hält gleichwohl an ihrer Auffassung fest, dass die von der Klägerin eingereichten Unterlagen nicht mehr berücksichtigt werden dürften und ein weitergehender Vergütungsanspruch bereits daran scheitert.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung der Kammer durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten und die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten sowie die ebenfalls beigezogenen Patientenunterlagen zum Behandlungsfall des Versicherten C verwiesen. Der Inhalt dieser Akten war Gegenstand der Entscheidungsfindung.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten ihr Einverständnis damit erteilt haben ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)).

Die Klage ist zulässig und begründet.

Die Klage ist als allgemeine Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthaft, denn es geht bei einer auf Zahlung von Behandlungskosten für einen Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen; die Einhaltung einer Klagefrist war nicht geboten (st. Rspr. des Bundessozialgerichts [BSG], vgl. etwa Urteil vom 23.07.2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) -, juris Rn. 13).

Die Klage ist auch begründet.

Die Klägerin kann von der Beklagten die Zahlung von 7.943,08 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 28.10.2015 verlangen.

Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses gegenüber einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG, der sich die Kammer anschließt, [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten. Der Behandlungspflicht des zugelassenen Krankenhauses nach

[§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) und der Bundespflegesatzverordnung festgelegt wird (vgl. BSG Urteil vom 25.11.2010 - [B 3 KR 4/10 R](#) -, juris Rn. 9 f.; BSG Urteil vom 29.04.2010 - [B 3 KR 11/09 R](#) -, juris Rn. 7). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht dabei unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch einen Versicherten. Da der Zahlungsanspruch des zugelassenen Krankenhauses jedoch in aller Regel mit dem Naturalleistungsanspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung korrespondiert, müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhauspflegebedürftigkeit vorliegen (LSG Niedersachsen Urteil vom 30.01.2002 - [L 4 KR 110/00](#) -, juris Rn. 22). Gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Leistungsumfang umfasst gemäß [§§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5, 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) auch Krankenhausbehandlung, die vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht wird. Der Sachleistungsanspruch des Versicherten umfasst vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme 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 ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)).

Die Höhe des Vergütungsanspruchs ergibt sich gemäß [§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG i.V.m. §§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 9 Abs. 1 Nr. 1 KHEntG](#) aus einem diagnosebezogenen, pauschalierenden Vergütungssystem, bestehend aus einer Fallpauschalenvereinbarung und einem Fallpauschalenkatalog (G-DRG), hier in der im Jahr 2015 geltenden Fassung. Dem liegt ein System zugrunde, bei dem in einem als "Groupierung" bezeichneten Prozess aus den ermittelten Diagnosen, Operationen und Prozeduren mithilfe eines zertifizierten Softwareprogramms unter Einbeziehung von weiteren Variablen (Alter des Patienten, Verweildauer, usw.) eine DRG-Pauschale und die dafür zu zahlende Vergütung ermittelt werden (vgl. hierzu BSG Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) -, juris).

Die stationäre Behandlung des Versicherten C vom 15.08.2015 bis 08.09.2015 im Krankenhaus der Klägerin war dem Grunde und der Dauer nach medizinisch notwendig, was zwischen den Beteiligten nicht streitig ist. Im Rahmen des Klageverfahrens hat die Beklagte die von der Klägerin vorgenommene Kodierung und die angesetzte DRG A09F ausdrücklich nicht mehr beanstandet, so dass auch die Höhe des Vergütungsanspruchs dem Grunde nach nicht mehr im Streit steht.

Entgegen der Ansicht der Beklagten stehen dem Vergütungsanspruch der Klägerin die Fristen der PrüfV nicht entgegen.

Die in [§ 17c Abs. 2 KHG](#) vorgesehene nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens nach [§ 275 Abs. 1c](#) haben der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Vertragspartner in der zum 01.09.2014 in Kraft getretenen und auf Behandlungsfälle ab dem 01.01.2015 anwendbaren PrüfV (PrüfV 2015, abrufbar unter: www.gkv-spitzenverband.de) vorgenommen. Für Behandlungsfälle ab dem 01.01.2017 gilt die Neufassung der PrüfV vom 03.02.2016 (PrüfV 2017), die hier allerdings nicht zur Anwendung gelangt, weil der streitgegenständliche Behandlungsfall sich im Jahr 2015 ereignete. Die PrüfV 2015 ist sachlich anwendbar, weil es sich nicht um eine sachlich-rechnerische Prüfung der Richtigkeit der Krankenhausabrechnung handelt, die nach der neueren BSG-Rechtsprechung einem eigenen Prüfregime unterliegt, nicht von [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) erfasst ist und auf die die PrüfV keine Anwendung findet, sondern um eine Auffälligkeitsprüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) i.V.m. mit [Abs. 1c SGB V](#) (vgl. BSG Urteil vom 23.05.2017 - [B 1 KR 24/16 R](#) -; LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 26.04.2018 - [L 5 KR 593/17](#) -; zur Verfassungsmäßigkeit dieser Rechtsprechung vgl. BVerfG Nichtannahmebeschluss vom 26.11.2018 - [1 BvR 318/17](#), [1 BvR 1474/17](#), [1 BvR 2207/17](#) -; jeweils juris). Inhaltlich betraf die Prüfung u.a. die Frage, ob die stationäre Aufnahme des Versicherten C notwendig und die Verweildauer medizinisch begründet war. Prüfgegenstand war demnach u.a. die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 Abs. 1 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 2015 unterliegt (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 26.04.2018 - [L 5 KR 593/17](#) -, juris).

[§ 7 PrüfV 2015](#) enthält nähere Regelungen zur Durchführung der MDK-Prüfung. So kann nach [§ 7 Abs. 2 Satz 2 PrüfV 2015](#) 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 ([§ 7 Abs. 2 Satz 3 PrüfV 2015](#)). Erfolgt dies nicht, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag ([§ 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV 2015](#)). Nach [§ 7 Abs. 5 PrüfV 2015](#) sind Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen nur einmalig möglich (Satz 1). Diese hat der MDK nur dann in seine Prüfung einzubeziehen, wenn sie innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens nach [§ 6 Abs. 2](#) der PrüfV 2015 an die Krankenkasse erfolgen (Satz 2). Unabhängig hiervon kann das Krankenhaus bei Erweiterung des Prüfanlasses nach [§ 6 Abs. 3 Satz 4 PrüfV 2015](#) eine einmalige Korrektur oder Ergänzung des Datensatzes innerhalb von 5 Monaten nach dieser Erweiterung vornehmen (Satz 3). Nach [§ 8 PrüfV 2015](#) hat die Krankenkasse dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen (Satz 1). Wenn die Leistung nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, sind die wesentlichen Gründe darzulegen (Satz 2). Die Mitteilungen nach Satz 1 und 2 haben innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige nach [§ 6 Abs. 3 PrüfV 2015](#) zu erfolgen (Satz 3). Die Regelung des [§ 8 Satz 3 PrüfV 2015](#) wirkt als Ausschlussfrist (Satz 4).

Soweit die Beklagte die Ansicht vertritt, dass aus der PrüfV materiell-rechtliche Präklusionsfristen folgen, die sich auch auf das Gerichtsverfahren erstrecken und den materiellen Anspruch der Klägerin ausschließen, folgt die Kammer dieser Auffassung nicht (so auch LSG Baden-Württemberg Urteil vom 17.04.2019 - [L 5 KR 1522/17](#) -; SG Kassel Gerichtsbescheid vom 25.11.2016 - [S 12 KR 594/15](#) -; SG Dortmund Urteil vom 05.05.2017 - [S 49 KR 580/16](#) -; SG Lüneburg Urteil vom 22.02.2018 - [S 9 KR 192/15](#) -; a.A. LSG Baden-Württemberg Urteil vom 17.04.2018 - [L 11 KR 936/17](#) -; SG Reutlingen Urteil vom 14.03.2018 - [S 1 KR 2084/17](#) -; SG Köln Urteil vom 04.05.2016 - [S 23 KN 108/15 KR](#) -, jeweils juris). Für ein solches Verständnis fehlt es an einer dem Vorbehalt des Gesetzes genügenden hinreichend bestimmten gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Die Regelung in [§ 17c Abs. 2 Satz 1 KHG](#), die als Ermächtigungsnorm allein in Betracht kommt, genügt diesen Anforderungen nicht.

[§ 17c Abs. 2 Satz 1 KHG](#) eröffnet den Vertragspartnern keine unbegrenzte Gestaltungsfreiheit, sondern enthält konkrete Vorgaben zu den Regelungszielen und zur Reichweite des Ermächtigungsrahmens. Bereits der Wortlaut des [§ 17c Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 1 KHG](#) macht deutlich, dass die Vertragspartner nur das "Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#)" regeln sollen. Das kann sich nach dem

allgemeinen Sprachgebrauch nur auf die formale Vorbereitung, Durchführung und Abwicklung des Prüfverfahrens beziehen. Der Wortlaut gibt keinerlei Hinweis darauf, dass die Ermächtigungsnorm über das Prüfverfahren hinaus auch materiell-rechtliche Regelungsinhalte umfasst.

Für die Beschränkung der Ermächtigung auf allein formal-rechtliche Regelungsinhalte spricht auch der systematische Zusammenhang der Ermächtigungsnorm mit den übrigen Regelungen in § 17c Abs. 2 KHG. Dies wird zunächst durch einen Vergleich zwischen Halbsatz 1 und 2 des § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG deutlich: Während Halbsatz 1 die Ermächtigung zur Vereinbarung über das "Nähere zum Prüfverfahren" enthält, werden die Vertragspartner durch Halbsatz 2 befugt, abweichende Regelungen zur Sechswochenfrist des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) zu vereinbaren. In der Rechtsprechung des BSG ist anerkannt, dass aus [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) - über den Wortlaut hinaus - unter bestimmten Voraussetzungen eine materiell-rechtliche Präklusion und ein Beweisverwertungsverbot folgen kann, wenn die Sechswochenfrist zur Einleitung des MDK-Prüfverfahrens ungenutzt verstreicht (vgl. etwa BSG Urteil vom 16.05.2012 - [B 3 KR 14/11 R](#) -; BSG Urteil vom 01.07.2014 - [B 1 KR 29/13 R](#) -, jeweils juris). Hätte der Gesetzgeber die Vertragspartner auch ermächtigen wollen, materiell-rechtliche Präklusions- und Ausschlussfristen in der PrüfV zu implementieren, wäre § 17c Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 KHG nicht erforderlich gewesen, dann hätte sich dies bereits aus Halbsatz 1 ergeben. Das Gesetz macht durch die ausdrückliche Erwähnung des [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) vielmehr deutlich, dass die Vertragspartner nur im Bereich der Sechswochenfrist zur Einleitung des Prüfverfahrens eine vom Gesetz abweichende Vereinbarung mit materiellem Gehalt treffen dürfen, mit der Folge, dass sich die von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätze der Präklusion bei Verstreichenlassen der Frist nur in diesem Punkt auswirken.

Die beispielhafte Aufzählung der Regelungsgegenstände in § 17c Abs. 2 Satz 2 KHG bestätigt diese Auslegung. Danach sollen die Vertragspartner in der Vereinbarung 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 treffen; die [§§ 275 bis 283 SGB V](#) bleiben im Übrigen unberührt. Diese Punkte werden zwar nicht abschließend, sondern nur beispielhaft aufgeführt, sie betreffen dennoch ausschließlich formale Aspekte des Prüfverfahrens. Aus ihnen wird deutlich, dass der gesetzgeberische Auftrag sich gerade nicht auf materiell-rechtliche Regelungen erstrecken soll. Den Vertragspartnern ist es unbenommen, für das Prüfverfahren formelle Präklusionsvorschriften zu vereinbaren; diese können sich aber nur im Rahmen des Verfahrens selbst auswirken und nicht mehr auf ein sich hieran anschließendes Gerichtsverfahren (LSG Baden-Württemberg Urteil vom 17.04.2019 - [L 5 KR 1522/17](#) -, juris).

Ferner spricht auch die ergänzende Regelung in § 17c Abs. 2 Sätze 3 und 4 KHG für eine Ermächtigung allein zur Etablierung formell-rechtlicher Regelungen, die sich weder auf die wechselseitigen materiellen Ansprüche der Krankenkassen und Krankenhäuser noch auf den Gang des gerichtlichen Verfahrens auswirken. Nach § 17c Abs. 2 Satz 3 KHG trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG die ausstehenden Entscheidungen, wenn eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande kommt. § 17c Abs. 2 Satz 4 bestimmt, dass die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Bundesschiedsstelle für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich ist. Würde man tatsächlich in § 17c Abs. 2 KHG eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage zur Vereinbarung auch materiell-rechtlicher Regelungen sehen, könnte die Bundesschiedsstelle auf Antrag nur einer Partei - ggf. gegen den Willen der anderen Partei - entsprechende Regelungen festsetzen, die sehr weitreichend wären und bis zum Anspruchsausschluss gehen könnten. Eine solch weitreichende Kompetenz kann aber nicht angenommen werden, zumal die Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG nicht nur mit Vertretern des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft besetzt ist, sondern mit Vertretern anderer Institutionen. Die Regelung in den Sätzen 3 und 4 spricht daher dafür, dass die Schiedsstelle anstelle der Vertragspartner die formell-rechtlichen Regelungen des Prüfverfahrens festsetzen darf, wenn keine Einigung zustande kommt, nicht hingegen darüber hinaus gehende materielle Gegenstände bestimmen darf. Die in § 17c Abs. 2 Satz 4 KHG vorgesehene Verbindlichkeit für die Vertragspartner und den MDK kann sich daher nur auf das Prüfverfahren selbst beziehen, nicht aber auf ein sich hieran anschließendes Gerichtsverfahren. Die Verbindlichkeitsbestimmung in Satz 4 hat auch einen anderen Zweck: Vertragspartner der PrüfV sind der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Sie schließen einen öffentlich-rechtlichen Vertrag, der für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich ist. Unmittelbar verbindlich bedeutet in diesem Kontext, dass es keines weiteren Genehmigungsaktes bedarf. Krankenhäuser und Krankenkassen werden gebunden, obwohl sie nur mittelbar über ihre Bundesverbände an den Verträgen beteiligt sind. Aber nicht nur die in den Krankenhausverbänden organisierten Krankenhäuser sollen gebunden werden, sondern alle im Sinne von [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhäuser. Der Vertrag hat damit normative Wirkung (vgl. Gerlach, in: Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl., 2018, § 17c KHG Rn. 23).

Der hier bevorzugten Auslegung entspricht auch der Sinn und Zweck sowie die Historie der PrüfV. Die PrüfV bezieht sich nämlich lediglich auf eine Beschleunigung und bundesweit einheitliche Gestaltung des Prüfverfahrens, weil die Ermächtigungsgrundlage in § 17c Abs. 2 KHG und die [§§ 275 ff. SGB V](#) allein auf dieses Verfahren ausgerichtet sind (vgl. [BT-Drucks. 17/13947, S. 38](#)). Hintergrund für die Verabschiedung der PrüfV war zunächst der Umstand, dass nicht in allen Bundesländern die Verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen mit den Landeskrankenhausesgesellschaften Sicherstellungsverträge nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) abgeschlossen hatten. Die Regelungsinhalte nach dieser Norm sind zudem nur sehr allgemein gehalten. Darüber hinaus berücksichtigen sie auf Grund ihres teils älteren Vertragsstandes oftmals nicht hinreichend das derzeitige Krankenhausfinanzierungsrecht. Durch die Regelung des § 17c Abs. 2 KHG sollten daher nach dem Willen des Gesetzgebers bundeseinheitliche Konkretisierungen zu notwendigen Regelungsinhalten vorgegeben werden ([BT-Drucks. 17/13947, S. 38](#)). Ferner war Motiv für die Ermächtigung auch die zunehmende Zahl von MDK-Prüfverfahren und die wechselseitige Unzufriedenheit aller Beteiligten mit der gesetzgeberischen Ausgestaltung des Verfahrens (Hambüchen, jurisPR-SozR 21/2014 Anm. 1). Durch die PrüfV sollte ein effizientes, konsensorientiertes Verfahren der Prüfungen nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) installiert werden, an dem die Krankenkassen, der MDK und die Krankenhäuser in konstruktiver Zusammenarbeit mitwirken (vgl. § 1 PrüfV 2015, [BT-Drucks. 17/13947, S. 38](#)). Der Gesetzgeber wollte mit der Ermächtigung in § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG den Verwaltungsaufwand vermindern, das Verfahren effizienter und einheitlicher gestalten und damit auch die Gerichte entlasten. Aus der Motivlage ergibt sich hinreichend, dass es allein um die Etablierung eines einheitlichen, auf Konsens ausgerichteten formalisierten Verfahrens ging, nicht um die Ermächtigung zu weitergehenden materiellen Regelungen. Dies wird durch die weitere Gesetzesbegründung gestützt. Darin nennt der Gesetzgeber die Regelungsgegenstände, die seiner Ansicht nach besonders von Bedeutung sind, auch wenn er sie nur beispielhaft aufführt. Diese decken sich weitgehend mit den Inhalten, die bereits in § 17c Abs. 2 Satz 2 KHG zu finden sind; ergänzend wird auch auf die Möglichkeit der Aufrechnung Bezug genommen; es fehlt jedoch ein Hinweis auf Regelungsinhalte mit materiellem Gehalt. Der ebenfalls in der Gesetzesbegründung zu findende Hinweis, dass die PrüfV auch dazu dienen soll, "Konflikte zwischen den Vertragspartnern bei der

Abrechnungsprüfung im Krankenhausbereich zu vermeiden, die Modalitäten der Konfliktlösung stärker in die Eigenverantwortung der Vertragspartner zu legen, um auch gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermindern und so Bürokratie abzubauen" kann dabei nicht als Indiz für die Ermächtigung zu weitreichenden materiellen Präklusionsvorschriften dienen. Denn dieses gesetzgeberische Ziel besagt lediglich, dass durch ein einheitliches, standardisiertes Prüfverfahren die Absicht verbunden war, gerichtliche Auseinandersetzungen zu minimieren.

Die PrüfV als untergesetzliche Norm ist ferner nicht geeignet, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses nach dem SGB V einzuschränken. Nach der Rechtsprechung des BSG (vgl. etwa Urteil vom 19.04.2016 - [B 1 KR 33/15 R](#) -, juris) sind materiell-rechtliche Ausschlussfristen zu Lasten der Versicherungsgemeinschaft unzulässig, weil sie zur Folge haben, dass Krankenkassen verpflichtet werden, im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot Vergütungen auch für nicht erforderliche Krankenhausbehandlungen zu zahlen, und zudem gehindert sind, eigene Erstattungsansprüche im Falle von ungerechtfertigten Überzahlungen geltend zu machen. Regelungen, die in den Landesverträgen nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) gegen zwingende Vorgaben des SGB V (etwa das Wirtschaftlichkeitsgebot nach [§ 12 Abs. 1](#)) verstoßen, sind daher nichtig (BSG Urteil vom 19.04.2016 - [B 1 KR 33/15 R](#) -, juris). Gleiches muss zur Überzeugung der Kammer auch für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser nach dem SGB V gelten. Denn insofern ist die Interessenlage gleichgelagert: Genauso wie Krankenkassen nicht gehindert sein dürfen, nicht verjährte Erstattungsansprüche geltend zu machen, muss es den Krankenhäusern unbenommen sein, ihre nicht verjährten Zahlungsansprüche (unter Beachtung der vom BSG entwickelten Grundsätze zur Nachforderung von Krankenhausvergütungen, vgl. etwa BSG Urteil vom 23.05.2017 - [B 1 KR 27/16 R](#) -, juris) ebenfalls durchzusetzen. Ohne eine ausdrückliche und hinreichend bestimmte gesetzliche Ermächtigung ist die PrüfV jedenfalls nicht geeignet, materiell-rechtliche Ausschlüsse zu Lasten der Krankenhäuser zu bewirken. Gleiches muss im Übrigen auch für Ausschlussfristen in der PrüfV zu Lasten der Krankenkassen gelten, etwa die Frist des [§ 8 PrüfV](#), die die Krankenkasse dazu verpflichtet, ihre Leistungsentscheidung innerhalb von neun Monaten ab Beginn der Prüfung an das Krankenhaus zu übermitteln. Ein anderes Verständnis der Fristen der PrüfV würde die Verjährungsfrist, innerhalb der Vergütungs- bzw. Erstattungsforderungen von Krankenhäusern und Krankenkassen grundsätzlich geltend gemacht werden können, konterkarieren.

Nach alledem muss nach einer grammatischen, systematischen, historischen und teleologischen Auslegung festgehalten werden, dass [§ 17c Abs. 2 Satz 1 KHG](#) als Rechtssetzungsermächtigung für materiell-rechtliche Ausschlussfristen nach der PrüfV nicht herangezogen werden kann.

Unabhängig von den voranstehenden Ausführungen ist die Kammer davon überzeugt, dass die in [§ 7 Abs. 2 Satz 4 PrüfV 2015](#) genannte Frist - auch nach dem Willen der Vertragspartner - keine Ausschlussfrist darstellt. Diese Norm spricht - anders als etwa die in [§ 6 Abs. 2 Satz 3 PrüfV 2015](#) und [§ 8 Satz 4 PrüfV 2015](#) genannte Frist - nicht davon, dass es sich um eine Ausschlussfrist handele. Vor dem Hintergrund der besonders tiefgreifenden Auswirkungen, die nach Ansicht der Beklagten an die Beendigung des Prüfverfahrens durch den MDK geknüpft werden sollen, wäre aber eine ausdrückliche Bezeichnung erforderlich gewesen. Im Umkehrschluss zu den ausdrücklich in der PrüfV 2015 als solche bezeichneten Ausschlussfristen geht die Kammer daher davon aus, dass hier eine Ausschlusswirkung gerade nicht bezweckt bzw. einvernehmlich vereinbart war (SG Dortmund Urteil vom 05.05.2017 - [S 49 KR 580/16](#) -, juris Rn. 46; SG Lüneburg Urteil vom 22.02.2018 - [S 9 KR 192/15](#) -, juris Rn. 19).

Der Anspruch auf Zahlung von Verzugszinsen auf die Vergütungsforderung ergibt sich dem Grunde nach aus [§ 15 Abs. 1 Sätze 1 und 4](#) des nordrhein-westfälischen Landesvertrages nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) i.V.m. [§§ 286 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Nr. 1, 288 Abs. 1 Satz 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 28.10.2015 (vgl. BSG Urteil vom 12.07.2012 - [B 3 KR 18/11 R](#) -, juris Rn. 29 ff.).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2019-06-18