

L 5 KR 3136/09

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KR 7276/05
Datum
28.05.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 3136/09
Datum
09.03.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

-

Kategorie

Urteil

Auf die Berufung der Kläger wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 28.05.2009 abgeändert.

Der Beschluss der Beklagten vom 21.09.2005 zu § 19 Abs. 2 Satz 2 wird aufgehoben. Die Beklagte wird verpflichtet, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichtes erneut über die Festsetzung der Regelung in § 19 Abs. 2 Satz 2 zu entscheiden.

Der Beschluss der Beklagten vom 21.09.2005 zu § 19 Abs. 2 Satz 3 wird mit Wirkung ab 1.4.2007 aufgehoben.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Kläger tragen die Hälfte der Gerichtskosten, die Beklagte, die Beigeladene zu 1 und die Beigeladene zu 2 tragen die Gerichtskosten zu je 1/6. Ihre außergerichtlichen Kosten tragen die Beteiligten jeweils selbst. Die Kostenentscheidung gilt für beide Rechtszüge.

Der Streitwert wird für beide Rechtszüge endgültig auf 25.000 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Kläger beehrten im Klage- und Berufungsverfahren zunächst die teilweise Aufhebung des Beschlusses, mit dem die beklagte Schiedsstelle für B.-W. den Inhalt des L.vertrages nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (i. F.: KBV) festgesetzt hat, und zwar in Bezug auf die vor der Schiedsstelle zuletzt noch streitig gebliebenen Regelungen in §§ 5, 7, 8, 9, 13 und 19. Nachdem in der mündlichen Verhandlung des Senats die Kläger mehrere Klagepunkte nicht mehr weiter verfolgt haben, waren zuletzt nur noch die Festsetzungen der beklagten Schiedsstelle zu § 19 Abs. 2 Satz 2 und § 19 Abs. 2 Satz 3 KBV streitig.

Die Kläger und die Beigeladenen zu 2) und 3) sind die Verbände der Krankenkassen des Landes B.-W. und die Verbände der Ersatzkassen. Diese hatten zuletzt am 14.02.2003 die Fortdauer des bisherigen Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) mit der unter zu 1) beigeladenen B.-W. Krankenhausgesellschaft bis zum 31.12.2003 vereinbart.

Nach gescheiterten Verhandlungen über einen neuen Vertrag für die Zeit ab dem 01.01.2004 beantragte die Beigeladene zu 2) mit Schreiben vom 26.07.2005 die Festsetzung des Inhalts des Vertrags durch die Schiedsstelle nach [§ 114 SGB V](#). Grundlage des Antrags war ein zwischen den Beigeladenen zu 1) und 2) vereinbarter Vertragsentwurf. Die Beigeladene zu 1) schloss sich am 22.08.2005 dem Antrag der Beigeladenen zu 2) an. Am 30.08.2005 folgte die Beigeladene zu 3) nach.

Die Kläger lehnten den Vertragsentwurf der Beigeladenen ab und beantragten am 24.08.2005 die Festsetzung ihrer Gegenvorschläge.

Am 21.09.2005 fand eine Sitzung der Schiedsstelle statt (Dauer 11:00 bis 16:25 Uhr), an der Vertreter der Kläger und Beigeladenen teilnahmen. Nach Feststellung der unstreitigen Vertragsregelungen hörten die Mitglieder der Schiedsstelle die Beteiligten des Schiedsverfahrens zu den streitigen Regelungen in den §§ 5, 7, 8, 9, 13 Abs. 3 und 19 des KBV an und setzten mit Beschluss vom 21.09.2005 den Inhalt des Vertrages fest. Die zuletzt in der mündlichen Verhandlung des Senats noch streitigen Regelungen erhielten folgenden Inhalt:

§ 19 Zahlungsfrist (1) Die Krankenkasse hat die Rechnung innerhalb von 30 Tagen nach Übermittlung des Rechnungssatzes zu bezahlen.

Fällt der Fristablauf auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, gilt der nächstfolgende Arbeitstag als Fälligkeitstag. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder der Absendung des Zahlungsmittels an das Krankenhaus.

(2) Bei Beanstandungen sachlicher oder rechnerischer Art kann der Differenzbetrag verrechnet werden. Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sowie gegen die Art der Abrechnung können nur innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungszugang geltend gemacht werden. Voraussetzung für Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist außerdem die Durchführung des MDK-Überprüfungsverfahrens gemäß des Landesvertrages zu [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#), das innerhalb der Zahlungsfrist nach Abs. 1 einzuleiten ist.

(3) Bei Überschreiten des Zahlungsziels kann das Krankenhaus ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Der Verzugszinssatz beträgt für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz gemäß [§ 247 Abs. 1 BGB](#).

4) Vorstehende Regelungen gelten als Bestimmungen zur zeitnahen Zahlung nach § 17 Abs. 1 Satz 3 BPfIV/§ 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG.

Zur Begründung ihrer Entscheidung führte die Beklagte im Wesentlichen aus, dass der Inhalt des Vertrages festzusetzen gewesen sei, soweit keine einvernehmliche Regelung habe erzielt werden können. Von einer Vertagung sei abgesehen worden. Mit einer Einigung der Vertragsparteien könne in absehbarer Zeit nicht gerechnet werden. Sie sei befugt gewesen in § 19 KBV Zahlungsfristen festzulegen, da zur Abrechnung der Entgelte ([§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 b SGB V](#)) auch Zahlungsmodalitäten und die Festsetzung von Fristen gehörten. Was die Vertragspartner regeln dürften, könne der Schiedsstelle nicht verwehrt sein. Der Vorschlag der Kläger lasse sowohl eine klare Regelung als auch eine zur beschleunigten Erledigung anhaltende Verpflichtung vermissen. Der Vorschlag einer zwölfmonatigen Frist zur Geltendmachung von Einwendungen und Beauftragung des MDK verstoße gegen den Grundsatz einer zeitnahen Erledigung. Das Bundessozialgericht habe eine zeitnahe Durchführung für notwendig erachtet, da durch den Zeitablauf die Beweislage für das Krankenhaus ungünstiger werde. Sie sei der Auffassung, dass sich die Krankenkassen innerhalb von 30 Tagen entscheiden könnten, ob sie wegen Zweifeln an der Abrechnung den MDK beauftragen wollen. Innerhalb von sechs Monaten müsse es dann möglich sein, Einwendungen geltend zu machen. Dies sei auch erforderlich, um dem Krankenhaus die notwendigen haushaltsrechtlichen Arbeiten zu ermöglichen. Der Einwand der Kläger, die Verkürzung der Frist zwingt die Krankenkassen vermehrt den MDK anzurufen, ohne zuvor eine genauere Prüfung durchgeführt zu haben, könne nicht überzeugen. Was der Beigeladenen zu 2) als größtem Krankenversicherer möglich sei, müsse auch den anderen Kassen möglich sein.

Mit Einschreiben jeweils vom 19.10.2005 stellte die Beklagte den Klägern und Beigeladenen den Beschluss, versehen mit einer Rechtsbehelfsbelehrung, zu.

Am 17.11.2005 haben die Kläger beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben. Zur Begründung haben sie im Wesentlichen vorgetragen, die Schiedsstellenentscheidung sei bereits unzulässig, da kein wirksamer Antrag von Seiten der Sozialleistungsträger vorgelegen habe. Die Krankenkassen müssten bei Vertragsschluss und auch bei Beantragung des Schiedsstellenverfahrens gemeinsam handeln. Die Schiedsstelle hätte die Krankenkassen anhalten müssen, sich zunächst auf einen Vertragsentwurf zu einigen. Denn die Schiedsstelle könne den Inhalt des Vertrages nur auf Antrag einer Vertragspartei festsetzen, aber gerade nicht auf Antrag nur eines Teils der Vertragsparteien. Zudem hätte die Schiedsstelle darauf hinwirken müssen, dass es zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Krankenhausgesellschaft zu einer Vermittlung kommt.

Darüber hinaus seien die festgesetzten Regelungen u.a. in den §§ 19 Abs. 2 KBV rechtswidrig. § 19 Abs. 2 KBV verstoße gegen das Willkürverbot, da die dort geregelte Ausschlussfrist zur Geltendmachung von Einwendungen mit sechs Monaten nach Rechnungszugang viel zu kurz bemessen sei. Abrechnungsungenauigkeiten in den Rechnungen der Krankenhäuser könnten durch kleinere Krankenkassen aufgrund von statistisch signifikanten Auswertungen häufig erst nach Ablauf von sechs Monaten entdeckt werden. Auch das vom Bundessozialgericht entwickelte allgemeine Rechtsprinzip der vierjährigen Verjährung im Sozialrecht stehe der Sechsmonatsfrist entgegen. Darüber hinaus liege ein Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz vor, da sich das Krankenhaus für Beanstandungen vier Jahre Zeit lassen könne. Eine Ausschlussfrist sei auch nicht geeignet, das Abrechnungsverfahren zu beschleunigen. Sofern sich die Ausschlussfrist auch auf die Fälle erstrecke, in denen es um die Art der Abrechnung ginge, greife das Beschleunigungsgebot zudem ins Leere, da der Rückgriff auf die "frische Erinnerung" des Krankenhausarztes für die Überprüfung nicht notwendig sei. Auch die Frist von 30 Tagen nach Übermittlung des Rechnungssatzes für die Einleitung eines MDK-Überprüfungsverfahrens sei rechtswidrig. Die Kläger seien häufig nicht in der Lage, binnen dieser Frist überhaupt eine Entscheidung darüber zu treffen, ob Anhaltspunkte für die Einschaltung des MDK vorliegen. Die Zahl der MDK-Verfahren und die Dauer der Begutachtungen, die im Jahr 2005 bei durchschnittlich 86 Tagen gelegen habe, würden in der Folge ansteigen. Die Regelung verstoße somit gegen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, da berechnete Erstattungsansprüche nicht geltend gemacht werden könnten und unnötige MDK-Gutachten in Auftrag gegeben werden müssten. Die Schiedsstelle sei auch nicht berechtigt gewesen eine Ausschlussfrist festzusetzen, da es hierfür an einer gesetzlichen Grundlage fehle. Schließlich hätten die Krankenkassen weder Einfluss auf die Dauer der MDK-Begutachtungen noch könnten sie die Krankenhäuser zur zeitnahen Herausgabe der Patientenakten veranlassen.

Die Beklagte und die Beigeladenen zu 1), 2) und 3) sind der Klage entgegengetreten.

Zur Begründung verweist die Beklagte im Wesentlichen auf den Inhalt des angefochtenen Beschlusses vom 21.09.2005. Der Vorwurf, die Schiedsstelle habe es versäumt, auf eine Vermittlung zwischen der Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen hinzuwirken, könne nur darauf beruhen, dass die in der Sitzung der Schiedsstelle nicht anwesenden Prozessbevollmächtigten des Klägers über den Sitzungsverlauf nicht informiert wurden.

Die Beigeladene zu 1) trägt zur Begründung im Wesentlichen vor, die Klage sei bereits unzulässig. Die Entscheidung der Schiedsstelle könne nur von den Vertragsparteien, nicht aber einem Teil der Vertragsparteien angegriffen werden. Die Kläger seien aber nicht Vertragspartei des Vertrages nach [§ 112 SGB V](#). Vertragspartner der L.Krankenhausgesellschaft seien die L.verbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam, die zu einheitlichem Handeln verpflichtet seien. Vorliegend habe nur ein Teil einer Vertragspartei Klage erhoben, weshalb diese bereits mangels Prozessführungsbefugnis unzulässig sei. Die Klage sei außerdem unbegründet. Es liege ein wirksamer Antrag

auf Durchführung des Schiedsverfahrens vor, da jedenfalls die Beigeladene zu 1) einen Antrag habe stellen können. Auch liege kein Verstoß gegen § 8 Abs. 1 der Verordnung der L.regierung B.-W. über die Schiedsstelle nach [§ 114 Abs. 5 SGB V](#) vom 20.07.2004 (SchiedVO) vor, da eine Fristsetzung zum Zwecke der Einigung der Vertragsparteien entbehrlich gewesen sei. Die Beigeladene zu 1) habe auf Frage der Beklagten hin erklärt, dass eine Einigung nicht möglich sei. Schließlich seien die festgesetzten Vertragsregelungen, die ohnehin nur eingeschränkt überprüfbar seien, rechtmäßig. § 19 KBV verstoße nicht gegen das Willkürverbot. Die Festlegung des Zeitraums für die Geltendmachung von Einwendungen auf sechs Monate sei nicht sachwidrig. Sie entspreche den Vorgaben des Bundessozialgerichts. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beauftragung des MDK innerhalb der Frist nicht möglich sein solle. Ferner kollidiere die Regelung nicht mit dem vom Bundessozialgericht entwickelten Rechtsprinzip der vierjährigen Verjährung im Sozialrecht, da sich dieses lediglich auf Ansprüche, nicht auf Einwendungen beziehe. Ausschlussfristen seien zudem geeignet, das Verfahren zur Überprüfung von Abrechnungen zu beschleunigen. Die Koppelung von Einwendungen gegen die Art der Abrechnung an eine Sechsmonatsfrist diene der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit. Außerdem würde andernfalls die Möglichkeit von Missbrauch eröffnet. Die Festlegung der 30-Tages-Frist sei ebenfalls nicht zu beanstanden. Sie beruhe auf sachlich nachvollziehbaren Gründen. Weshalb die Kläger nicht in der Lage seien, binnen dieser Frist zu entscheiden, ob sie den MDK einschalten, erschließe sich nicht. Die Praxis zeige vielmehr, dass es verschiedenen Krankenkassen - nicht zuletzt der Beigeladenen zu 2) - durchaus möglich sei, binnen der 30-Tages-Frist sachgerecht zu entscheiden, in welchen Fällen eine Überprüfung durch den MDK angezeigt ist. Wenn die Kläger ernsthafte Zweifel an einer Vielzahl von Abrechnungen hätten, so könne ein Prüfungsverfahren nach § 17 c Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) durchgeführt werden. Auch der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sei daher nicht verletzt. Ferner sei die Beklagte zur Festsetzung einer Ausschlussfrist berechtigt gewesen, da das Gesetz eine entsprechende vertragliche Regelung und damit auch eine Festsetzung durch die Schiedsstelle erlaube. Schließlich hätten die Krankenkassen entgegen der klägerischen Auffassung eine tatsächliche und rechtliche Einflussmöglichkeit auf den MDK, der von ihnen errichtet und kontrolliert werde. Einflussmöglichkeiten hinsichtlich der Herausgabe der Patientenakten durch die Krankenhäuser hätten die Krankenkassen dagegen nicht. Allerdings könnten sich die Krankenkassen im Fall einer bewusst verspäteten Herausgabe auf Rechtsmissbräuchlichkeit berufen.

Die Beigeladene zu 2) hat im Wesentlichen vorgetragen, dass das Schiedsverfahren wirksam beantragt worden sei. Jedenfalls die Beigeladene zu 1) sei allein antragsberechtigt. Formelle Fehler der Schiedsstelle lägen keine vor. Die Schiedsstelle habe vor allem auf eine Einigung hingewirkt und nur noch über die unerledigten Fälle entschieden. Auch seien die festgesetzten Regelungen nicht zu beanstanden. Die Sechsmonatsfrist des § 19 KBV sei sachgerecht und verstoße nicht gegen das Willkürverbot. Die Vertragspartner hätten diesbezüglich volle Gestaltungsfreiheit, da das Gesetz keine entsprechenden Regelungen vorgebe. Die festgesetzte Regelung diene der Schnelligkeit des Abrechnungsverfahrens, die auch vom Bundessozialgericht gefordert werde. Aus welchem Grund die Kläger nicht in der Lage sein sollten, Einwendungen innerhalb von sechs Monaten geltend zu machen, könne nicht nachvollzogen werden. Auf "statistische Auffälligkeiten" komme es nicht an, da eine Einzelfallprüfung gefordert sei. Sofern die Kläger nicht in der Lage seien, innerhalb von sechs Monaten Einwände festzustellen, liege möglicherweise ein Fehler in ihrer Organisation vor. Ein Einzelfall werde nicht dadurch "auffälliger", dass eine Krankenkasse eine große Zahl von Einzelfällen habe. Im Gegenteil machten viele Fälle das Aufspüren von Abrechnungsunregelmäßigkeiten eher schwieriger. Auch der Verweis auf die vierjährige Verjährungsfrist ginge fehl, da diese aus Sicht der Krankenkassen lediglich auf den Rückzahlungsanspruch Anwendung fände, der aber nur entstehe, wenn Einwendungen innerhalb der sechsmonatigen Frist geltend gemacht würden. Auch liege kein Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz hinsichtlich der Verjährungsfristen vor. Ferner sei die Frist dazu geeignet, das Abrechnungsverfahren zu beschleunigen. Auch die 30-Tages-Frist für die Einleitung des MDK-Überprüfungsverfahrens sei nicht willkürlich. Innerhalb dieser Zeit sei es einer Krankenkasse ohne weiteres zuzumuten, eine Plausibilitätsprüfung vorzunehmen. Die Kläger zu 1) und 2) hätten sich in Hessen auf eine entsprechende Regelung im dortigen Landesvertrag eingelassen. Die Ausführungen der Kläger zum Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot seien als spekulativ zurückzuweisen. Die Beklagte sei auch zur Festsetzung einer Ausschlussfrist berechtigt gewesen, da die Schiedsstelle die gleiche Gestaltungsfreiheit habe wie die Vertragsparteien.

Am 21.12.2005 haben die Beteiligten mit Wirkung ab dem 01.01.2006 einen Vertrag gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) (Krankenhausüberprüfungsvertrag -KÜV) geschlossen. Dieser regelt die Einzelheiten des Ablaufs der Prüfung von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung durch den MDK.

Mit Beschluss vom 18.01.2006 ordnete die Schiedsstelle die sofortige Vollziehbarkeit des Beschlusses vom 21.09.2005 an.

Mit Urteil vom 28.05.2009 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, die Klage sei zulässig. Der streitgegenständliche Schiedsspruch sei ein Verwaltungsakt im Sinne des [§ 31 S. 1 SGB X](#). Die Kläger seien Adressaten der Schiedsstellenentscheidung. Die Beklagte habe ihre Entscheidung den Klägern, die durch die Entscheidung unmittelbar in ihren Rechten und Pflichten betroffen seien (vgl. [§ 112 Abs. 2 S. 2 SGB V](#)), jeweils zugestellt. Die Kläger seien zudem am Schiedsstellenverfahren beteiligt und als juristische Personen auch beteiligtenfähig gewesen. Nicht beteiligt und auch nicht beteiligtenfähig seien dagegen die L.verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen in ihrer Gesamtheit, denn sie bildeten keine rechtsfähige Personenmehrheit und seien im vorliegenden Fall auch nicht einer nicht-rechtsfähigen Personenmehrheit im Sinne von [§ 10 Nr. 2 SGB X](#) gleichzustellen. Denn Voraussetzung für eine solche Vereinigung sei zwar nicht eine feste, auf Dauer gerichtete Organisation, jedoch ein gewisses Maß an Ausrichtung und Zusammenwirken im Hinblick auf ihre Zielsetzungen. Hieran fehle es vorliegend. Die L.verbände der Krankenkassen wirkten gerade nicht zusammen und hätten im Schiedsverfahren unterschiedliche Standpunkte und Ziele. Den Klägern sei mithin nicht als Teile einer am Verfahren beteiligten, nicht-rechtsfähigen Personenmehrheit der Verwaltungsakt zugestellt worden, sondern als selbstständig Betroffene und Beteiligte des Schiedsstellenverfahrens. Die Kläger seien als Adressaten des Verwaltungsaktes anfechtungsbefugt. Sie seien nicht verpflichtet gewesen, ihre eigenen Rechte gemeinsam mit allen anderen L.verbänden und Ersatzkassen in sog. echter notwendiger Streitgenossenschaft einzuklagen. Aus den materiellen Regelungen ergebe sich ein solches Erfordernis nicht. Zwar unterlägen die Verbände beim Vertragsabschluss dem Konsensprinzip, da sie von Gesetzes wegen zum gemeinsamen handeln verpflichtet seien ([§ 112 Abs. 1 SGB V](#)); sie könnten sich dementsprechend auch nur gemeinsam wieder vom Vertrag nach [§ 112 Abs. 4 SGB V](#) lösen. Daraus folge aber nicht die zwingende Notwendigkeit einer gemeinsamen (Gestaltungs-)Klage gegen die Festsetzung der Schiedsstelle, solange die Entscheidung des Gerichts auch für die nicht klagenden L.verbände einheitlich und bindend ergehe. Dieses Ziel sei ebenso mit einer unechten notwendigen Streitgenossenschaft bzw. - wie vorliegend - über eine notwendige Beiladung zu erreichen und bedürfe nicht des Rechtsinstituts der echten notwendigen Streitgenossenschaft (vgl. Kopp/Schenke, VwGO, 13. Auflage, § 64 Rd. 12; zur notwendigen Streitgenossenschaft bei Schiedsentscheidungen z.B.: BSG, Urt. v. 28.09.2006, [B 3 KR 28/05 R](#), [BSGE 97, 133](#); Urt. v. 23.07.2002, [B 3 KR 63/01 R](#), [BSGE 89, 294](#)).

Für eine Prozessführungsbefugnis einzelner L.verbände spreche außerdem, dass der Gesetzgeber in [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) nur eine

"gemeinsame" und nicht eine "gemeinsame und einheitliche" Vorgehensweise der L.verbände wie z. B. in [§ 84 Abs. 1 SGB V](#) fordere. Demnach dürfe zwar nur ein Vertrag auf Landesebene existieren, mit dessen Inhalt alle L.verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen einverstanden sein müssten. Der Vertrag könne aber sehr wohl in Bezug auf die einzelnen L.verbände unterschiedliche Regelungen enthalten. Andernfalls wäre die sprachliche Differenzierung des Gesetzgebers nicht verständlich. Könne der Landesvertrag unterschiedliche Regelungen enthalten, müsse aber auch der einzelne Landesverband die Möglichkeit haben, zur Wahrung seiner eigenen Zielvorstellungen gegen eine Entscheidung der Schiedsstelle gerichtlich vorzugehen. Schließlich spreche für eine Prozessführungsbefugnis einzelner L.verbände auch das Fehlen sonstiger Konfliktlösungsregelungen für den Fall einer Uneinstimmigkeit auf Seiten der Krankenkassen. Der seit dem 01.07.2008 geltende [§ 211a SGB V](#) sei nicht auf die Verträge nach [§ 112 SGB V](#) anwendbar, da er ein "gemeinsames und einheitliches" Vorgehen voraussetze. Die Regelung des § 123 (i.d.F. des GRG vom 20.12.1988, [BGBl. I 2477](#)) i.V.m. [§ 213 Abs. 2 SGB V](#) finde auf die Verträge nach [§ 112 SGB V](#) ebenfalls keine Anwendung (Klückmann in Hauck/Noftz, SGB V Komm., § 112 Rd. 13). Der Gesetzgeber des GRG von 1988 habe es offenbar nicht für erforderlich angesehen, [§ 112 SGB V](#) in den Anwendungsbereich des [§ 123 SGB V](#) mit aufzunehmen. Stattdessen habe er in der Gesetzesbegründung das Schiedsverfahren als Konfliktlösung beim Abschluss zweiseitiger Verträge benannt ([BT-Drucks. 11/2237, S. 200](#) zu § 120). Der Gesetzgeber sei demzufolge davon ausgegangen, dass mögliche Konflikte innerhalb der L.verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, die ihm wegen der Regelung in [§ 123 SGB V](#) bekannt gewesen sein müssten, im Schiedsverfahren beigelegt werden könnten. Andernfalls hätte er wohl [§ 112 SGB V](#) neben den [§§ 117-119 SGB V](#) (i.d.F. d. GRG vom 20.12.1988), die nicht die Möglichkeit eines Schiedsverfahrens vorsähen, in den Anwendungsbereich des [§ 123 SGB V](#) einbezogen. Anderes ergebe sich auch nicht aus der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 19.03.1997 ([6 RKA 36/96, SozR 3-2500 § 85 Nr. 20](#)), wonach die Entscheidung der Schiedsstelle "von den Vertragsparteien" im Klagewege angegriffen werden könne. Die Kläger seien Vertragsparteien des Vertrages nach [§ 112 SGB V](#). Die L.verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen bildeten in ihrer Gesamtheit keine einheitliche Vertragspartei, solange sie nicht in einer rechtsfähigen Vereinigung (z. B. in einem Dachverband oder als GbR) organisiert seien. Vertragspartner seien vielmehr die einzelnen L.verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen.

Die Klage sei jedoch unbegründet, da der Schiedsspruch nicht zu beanstanden sei. Nach [§ 112 Abs. 3 SGB V](#) werde der Inhalt eines Vertrages nach [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach [§ 114 SGB V](#) festgesetzt, wenn ein Vertrag bis zum 31.12.1989 ganz oder teilweise nicht zustande komme. Der Gesetzgeber habe die Frist, anders als in [§ 115 Abs. 3 SGB V](#), bisher nicht gestrichen. Die vertraglichen Vereinbarungen nach [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) blieben jedoch auch für die Zeit nach dem 31.12.1989 schiedsfähig, falls wie hier - nach Vertragskündigung kein neuer Vertrag zustande komme. Aus der Verpflichtung zum Vertragsschluss nach [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) mit der Konsequenz einer schiedsamtlichen Festsetzung nach [§ 112 Abs. 3 SGB V](#) sei zu folgern, dass der Gesetzgeber einen vertragslosen Zustand nicht gewollt habe, so dass [§ 112 Abs. 3 SGB V](#) weiterhin Anwendung finde (vgl. Klückmann in Hauck/Noftz, SGB V Komm., § 112 Rd. 39; BSG, Urt. v. 22.07.2004, [B 3 KR 20/03 R, SozR 4-2500 § 112 Nr. 3](#)). Die Schiedsstelle sei wirksam angerufen worden. Ob L.verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen hierbei im Hinblick auf das in [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) statuierte Konsensprinzip gemeinsam handeln müssten, könne offen bleiben (dazu Klückmann in Hauck/Noftz, SGB V Komm., § 112 Rd. 13). Denn vorliegend habe jedenfalls die Beigeladene zu 1 die Durchführung eines Schiedsverfahrens beantragen können. Nach ständiger Rechtsprechung sei hinsichtlich des gerichtlichen Überprüfungsmaßstabes von einer eingeschränkten Kontrolldichte auszugehen. Bei Berücksichtigung des Entscheidungsspielraums der Schiedsstelle seien ausschließlich die Fragen gerichtlich zu überprüfen, ob die Ermittlung des Sachverhalts in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs nach [§ 24 SGB X](#) erfolgt, der bestehende Beurteilungsspielraum eingehalten und zwingendes Gesetzesrecht beachtet worden sei. Dies setze voraus, dass die gefundene Abwägung auch hinreichend begründet sei ([§ 35 SGB X](#)). Ein Verstoß gegen zwingende Verfahrensvorschriften liege nicht vor. Laut Niederschrift sei die Entscheidung der Schiedsstelle aufgrund nicht öffentlicher mündlicher Verhandlung, zu der die Vertragsparteien ordnungsgemäß geladen gewesen seien (§ 7 Abs. 2 - 7 SchiedVO), ergangen. Die Schiedsstelle sei beschlussfähig gewesen (§ 9 Abs. 1 SchiedVO). Die Vertragsparteien hätten ausweislich der Niederschrift vor Erlass der Entscheidung auch ausreichend Gelegenheit gehabt, sich zu allen für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern, so dass dem Grundsatz des rechtlichen Gehörs genügt sei ([§ 24 Abs. 1 SGB X](#)). Entgegen der Auffassung der Kläger liege auch kein Verstoß gegen § 8 SchiedVO vor. Nach § 8 Abs. 1 S. 1 SchiedVO solle die Schiedsstelle auf eine Einigung der Vertragsparteien hinwirken. Komme eine Einigung nicht zustande, könne sie eine Frist setzen, innerhalb der sich die Vertragsparteien einigen könnten (S. 2). Nach § 8 Abs. 1 S. 3 SchiedVO könne von einer Fristsetzung abgesehen werden, wenn eine Vertragspartei erkläre, dass eine Einigung nicht möglich sei. Wie aus der Niederschrift über die Sitzung der Schiedsstelle hervorgehe, seien die Vertragsparteien von der Schiedsstelle auf die Regelung des § 8 Abs. 1 SchiedVO hingewiesen worden. Daraufhin habe u. a. die Beigeladene zu 1 erklärt, dass die Möglichkeit einer Einigung zwischen den Vertragsparteien ausgeschlossen sei. Von einer Fristsetzung zum Zwecke der Einigung zwischen den Vertragsparteien habe demnach zulässigerweise abgesehen werden können. Der Beschluss der Schiedsstelle sei insgesamt rechtmäßig. Die einzelnen von der Schiedsstelle festgesetzten Vertragsinhalte seien gemessen an der eingeschränkten gerichtlichen Kontrolldichte von Schiedsstellenentscheidungen nicht zu beanstanden. Insoweit wurde zu § 19 Abs. 2 KBV ausgeführt, die Vorschrift sei in rechtmäßiger Weise festgesetzt worden. Die Regelung sei weder willkürlich noch verstoße sie gegen den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit. Die Schiedsstelle sei auch befugt eine solche Regelung festzusetzen. Ziel der Verträge nach [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) sei es sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprächen. Wie dieses Ziel erreicht werde, bleibe den Vertragspartnern überlassen, sofern das Gesetz nicht zwingende Vorgaben mache. Zwingend seien insoweit die in Abs. 2 des [§ 112 SGB V](#) genannten Vertragsinhalte und alle unentbehrlichen Regelungen, die dem Zweck aus [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) dienen. Regelungen, die nicht diesem Ziel dienen, seien kein zulässiger Vertragsinhalt. Die Vertragsparteien hätten jedoch ein Ermessen bei der Auswahl von Regelungsgegenständen, durch welche sie den gesetzlichen Auftrag vertraglich erfüllen wollten. Dieses Auswahlermessen obliege im Rahmen des Schiedsverfahrens der Schiedsstelle, welche im Auftrag und anstelle der Vertragsparteien die streitigen Regelungen festsetze. Die Festsetzung von Ausschlussfristen für die Geltendmachung von Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sowie gegen die Art der Abrechnung liege innerhalb des Rahmens des zulässigen Vertragsinhalts. Denn diese Vertragsklauseln seien Regelungen über die Abrechnung der Entgelte im Sinne des [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 b SGB V](#). Wie der Große Senat des Bundessozialgerichts in seiner Entscheidung vom 25.09.2007 bestätigt habe, könnten die Vertragspartner des [§ 112 SGB V](#) Vereinbarungen darüber treffen, auf welchem Wege Meinungsverschiedenheiten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung bereinigt werden sollten und welches Verfahren dabei einzuhalten sei ([GS 1/06, SozR 4-2500 § 39 Nr. 10](#)). Zu solchen Verfahrensregelungen gehören auch Ausschlussfristen. Die Regelungen des § 19 Abs. 2 KBV dienten zugleich dem gesetzlich festgeschriebenen Ziel der Verträge nach [§ 112 SGB V](#). Denn mit den Ausschlussfristen werde eine zeitnahe Beurteilung der Gesetzmäßigkeit der Krankenhausbehandlung sowie der Abrechnung der Entgelte bewirkt. In der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei im Rahmen der Prüfung der Notwendigkeit und Dauer eines Krankenhausaufenthalts mehrfach auf die Erforderlichkeit einer zeitnahen Prüfung hingewiesen worden. Ausgehend vom Urteil des Bundessozialgerichts am 13.12.2001 ([B 3 KR 11/01 R, BSGE 89, 104](#)) habe der 3. Senat nochmals in seiner Entscheidung vom 28.02.2007 ([B 3 KR 12/06 R, BSGE 98, 142](#)) bestätigt, dass ein Gutachter bei einer

nachträglichen Überprüfung in der Regel nicht allein auf schriftliche Dokumentationen angewiesen sein, sondern möglichst einen laufenden Fall beurteilen und die frische Erinnerung des behandelnden Krankenhausarztes nutzbar machen solle. Dies sei der beste Weg, aufgekommene Zweifel möglichst rasch und unbürokratisch auszuräumen. Ein solches Verfahren könne im Betrieb einer Klinik nicht noch lange Zeit nach Abschluss des jeweiligen Behandlungsfalles nachgeholt werden, weil die anschauliche Erinnerung der behandelnden Ärzte nachlasse. Das verschlechtere die Beweislage des Krankenhauses und erhöhe seinen Aufwand. Das Prüfungsverfahren sei deshalb in der Regel spätestens dann einzuleiten, wenn die Krankenkasse nach Vorlage der Rechnung und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung Zweifel an der Notwendigkeit oder Dauer der stationären Behandlung habe. Desgleichen anerkenne der 1. Senat ein sog. Beschleunigungsgebot, wonach im Rahmen von Treu und Glauben das Krankenhaus und die Krankenkassen angesichts sich ständig verschlechternder Beweisverhältnisse und ihrer dauernden Rechtsbeziehung gehalten seien, so zügig zu kooperieren, dass es nicht zu treuwidrigen Verzögerungen komme (Urt. vom 16.12.2008, [B 1 KN 3/08 KR R](#), veröffentlicht bei juris.de). Schließlich habe auch der Gesetzgeber die Notwendigkeit für eine zeitliche Begrenzung der Überprüfungsmöglichkeiten gesehen. [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) normiere seit dem 01.04.2007 (Art 1 Nr. 185 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) vom 26.3.2007, [BGBl. I 378](#)) eine sechswöchige Ausschlussfrist für die Einleitung einer Einzelfallprüfung. Hintergrund der Neuregelung sei die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sowie die Feststellung, dass von einzelnen Krankenkassen die Prüfungsmöglichkeit in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung genutzt worden sei. Als Beitrag zu dem angestrebten Bürokratieabbau hätten Anreize geschaffen werden sollen, um Einzelfallprüfungen zukünftig zielorientierter und zügiger einzusetzen ([BT-Drucks. 16/3100, S. 171](#)). Diesen Zielen würden auch die Regelungen des [§ 19 Abs. 2 KBV](#) gerecht, da sie die zeitnahe Überprüfung der Rechtmäßigkeit einer Krankenhausbehandlung förderten. Die Beklagte sei demnach befugt gewesen, entsprechende Regelungen zu treffen. Dass mittlerweile die gesetzliche Regelung des [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) existiere, stehe einer vertraglichen Festsetzung nicht entgegen, solange - wie hier - die gesetzliche Obergrenze ("spätestens") von sechs Wochen für die Einleitung des MDK-Überprüfungsverfahrens nicht überschritten und die vertraglichen Regelungen insgesamt der gesetzlich angeordneten zeitnahen Durchführung des gesamten Prüfungsverfahrens ([§ 275 Abs. 1 c S. 1 SGB V](#)) entspreche. Die Schiedsstelle sei auch nicht deshalb gehindert gewesen, Ausschlussfristen festzusetzen, weil diese nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts einer gesetzlichen Grundlage und einer besonderen verfassungsrechtlichen Rechtfertigung bedürften. Dieser Rechtsprechung lägen Fallkonstellationen im Über-/Unterordnungsverhältnis zugrunde. Vorliegend stünden die Vertragspartner dagegen im Gleichordnungsverhältnis zueinander, so dass sich eine Übertragung dieser Rechtsprechung verbiete. Die einseitige, hoheitliche Festsetzung der Ausschlussfristen durch die Schiedsstelle als Behörde ändere dabei an dem Gleichordnungsverhältnis nichts. Denn die Beklagte trete lediglich an die Stelle der Vertragspartner und übe das ihnen obliegende Ermessen hinsichtlich der Mittel zur Erreichung des in [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) normierten Ziels aus. Der Ermessensspielraum der Schiedsstelle entspreche dem der Vertragspartner, da die Schiedsstelle berechtigt sei, im Schiedsspruch festzusetzen, was die Beteiligten auch in freier Vereinbarung hätten regeln könnten. Die Schiedsstelle sei auch befugt gewesen, eine Ausschlussfrist für die Geltendmachung von Einwendungen, welche die Art der Abrechnung betreffen, festzusetzen. Hinsichtlich der Abrechnungsart sei es ebenso sachgerecht eine zeitnahe Prüfung herbeizuführen, um längere Unsicherheiten auf Seiten der Krankenhäuser bei Erlösausgleichen und Jahresabschlüssen zu vermeiden (vgl. [BT-Drucks. 16/3100, S. 171](#) zu [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#)). Zudem wirke die Einbeziehung möglichen Abgrenzungsschwierigkeiten entgegen. Die Festsetzung von Ausschlussfristen widerspreche auch nicht dem vom Bundessozialgericht entwickelten Rechtsprinzip der vierjährigen Verjährung im Sozialrecht (für den Vergütungsanspruch des Krankenhauses: BSG, Urt. v. 12.05.2005, [B 3 KR 32/04 R](#), [SozR 4-2500 § 69 Nr. 1](#) m. w. N.). Vorliegend gehe es nicht um die Verjährung des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs der Krankenkasse gegen das Krankenhaus, die mangels vertraglicher Regelung, den gesetzlichen Normierungen unterliege, sondern um den Ausschluss von Einwendungen, die einen Erstattungsanspruch erst begründen könnten. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, die ohnehin vor allem Sozialleistungsansprüche des Versicherten im Blick habe, sei mithin auf die vorliegende Situation nicht übertragbar. Mangels Vergleichbarkeit liege - entgegen der Auffassung der Kläger - auch kein Verstoß gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung vor. Überdies hätten die Kläger in ihrem Entwurf ebenfalls eine Ausschlussfrist von weniger als vier Jahren vorgesehen. Die Bemessung der Fristlängen habe ebenso im Ermessen der Schiedsstelle gelegen. Sie sei weder willkürlich noch sei der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit außer Acht gelassen worden. Die Schiedsstelle habe sachgerechte Argumente für ihre Entscheidung herangezogen und komme nachvollziehbar zu dem Schluss, dass die von den Klägern favorisierte Frist von zwölf Monaten für die Einleitung des MDK-Überprüfungsverfahrens und die Geltendmachung von Einwendungen nicht dem Beschleunigungsgebot entspreche. Die Schiedsstelle habe sich auch mit den Einwendungen der Kläger auseinandergesetzt und habe für die Krankenkassen keine unüberwindbaren Hindernisse bei der Einleitung eines MDK-Überprüfungsverfahrens innerhalb von 30 Tagen sowie bei der Geltendmachung von Einwendungen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungszugang gesehen. Anhaltspunkte dafür, dass die Schiedsstelle insoweit von einer unzutreffenden Tatsachenlage ausgegangen sei, lägen nicht vor. Der klägerische Vortrag, kleinere Krankenkassen seien häufig nicht in der Lage, binnen einer Frist von 30 Tagen nach Erhalt der Rechnung überhaupt eine Entscheidung zu treffen, ob Anhaltspunkte für die Einleitung eines MDK-Überprüfungsverfahrens vorlägen, sei nicht näher begründet worden. Es sei auch kein Grund ersichtlich, warum die Kläger hierzu nicht in der Lage sein sollten, da die Prüfung ausschließlich anhand der übersandten Rechnung ohne Hinzuziehung medizinischen Sachverständnisses erfolge. Es liege zudem im Bereich des Möglichen einer jeden Krankenkasse gegebenenfalls die für eine beschleunigte Bearbeitung erforderlichen (personellen) Voraussetzungen zu schaffen. Die "Flucht in unnötige MDK-Verfahren" sei hierfür sicher kein Mittel und werde seit dem 01.04.2007 mit einer Aufwandspauschale von 100 EUR gesetzlich "sanktioniert" ([§ 275 Abs. 1 c S. 3 SGB V](#)). Soweit die Kläger vortrügen, statistische Auffälligkeiten könnten bei kleineren Krankenkassen häufig erst nach Ablauf von sechs Monaten entdeckt werden, könnten sie damit nicht durchdringen. Vorliegend seien die Modalitäten einer Einzelfallprüfung betroffen. Die Einwendungen im Rahmen dieser Prüfung müssten nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts einzelfallbezogen sein (z. B. Urt. vom 13.12.2001, [B 3 KR 11/01 R](#), [BSGE 89,104](#)). Den Klägern sei es außerdem unbenommen, eine Prüfung nach [§ 17 c KHG](#) in die Wege zu leiten, falls sie - wie vorgetragen - Erkenntnisse aus statistischen Auswertungen für die Einzelfallprüfung benötigten, die sie nicht bereits in den vergangenen Jahren hätten gewinnen können. Die Einhaltung der sechsmonatigen Frist für die Geltendmachung von Einwendungen würde ebenfalls keine unzumutbaren Schwierigkeiten bereiten. Wie die Kläger selbst vortrügen, habe die Prüfdauer des MDK im Jahr 2005 durchschnittlich 86 Tage betragen. Selbst wenn sich diese Dauer - wie von den Klägern befürchtet - "deutlich" verlängern sollte, werde die Geltendmachung von Einwendungen vor Ablauf der sechsmonatigen Frist in aller Regel möglich sein. Daran ändere auch nichts der Umstand, dass die Krankenkassen weder Einfluss auf den Zeitpunkt der Übermittlung der Patientenakten durch das Krankenhaus noch auf die Bearbeitungsdauer des MDK hätten und die Geltendmachung von Einwendungen innerhalb der sechs Monate deshalb in Einzelfällen nicht möglich sein werde. Solche Situationen würden angesichts des für das Jahr 2005 mitgeteilten Durchschnittswertes für die Dauer der MDK-Überprüfungsverfahrens die Ausnahme bleiben, zumal für die Geltendmachung hinreichend substantiierter Einwendungen auch vorläufige Einschätzungen des MDK ausreichen dürften. Sofern die Patientenakten absichtlich vom Krankenhaus einbehalten würden, wäre zudem daran zu denken, dass die Berufung auf Einwendungen (hier die Ausschlussfrist) im Falle rechtsmissbräuchlichen Verhaltens gegen Treu und Glauben verstieße und damit unzulässig wäre (entspr. [§ 242 BGB](#)). Die von den Klägern befürchteten (Einzelfall-)Situationen hätten

überdies den Gesetzgeber nicht davon abgehalten, die zeitnahe Durchführung des Prüfverfahrens anzuordnen ([§ 275 Abs. 1 c S. 1 SGB V](#)), wobei er in der Gesetzesbegründung ausdrücklich betone, dass sich das Beschleunigungsgebot auf sämtliche Schritte, nicht nur auf die Einleitung durch die Krankenkassen, sondern auch auf die Durchführung durch den Medizinischen Dienst beziehe ([BT-Drucks. 16/3100, S. 171](#)). Insgesamt sei der Vortrag der Kläger mithin nicht geeignet, dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit gegenüber dem Beschleunigungsgebot einen Vorrang dergestalt einzuräumen, dass die Beklagte verpflichtet gewesen wäre, eine längere als die festgesetzte Frist von sechs Monaten zu beschließen.

Gegen dieses ihrem Bevollmächtigten am 09.06.2009 zugestellte Urteil haben die Kläger am 09.07.2009 beim LSG Berufung eingelegt und vorgetragen, der Beschluss der Beklagten vom 21.09.2005 halte, entgegen der Ansicht des SG, einer rechtlichen Überprüfung - auch bei Zugrundelegung einer eingeschränkten Kontrollichte - nicht stand. Er verstoße vielmehr gegen das Willkürverbot sowie die Prinzipien der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit und laufe den gesetzgeberischen Zwecken des [§ 112 SGB V](#) zuwider. Die ihr zustehenden Entscheidungsspielräume habe die Beklagte deutlich überschritten und die Kläger damit in ihren Rechten verletzt. Rechtswidrig sei § 19 des zweiseitigen Vertrags, der die Zahlungsfrist und Abrechnungsüberprüfung behandle. Das Sozialgericht habe verkannt, dass [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) keine geeignete Rechtsgrundlage sei, um eine Ausschlussfrist festzusetzen. Darüber hinaus hätte es erkennen müssen, dass sowohl die sechsmonatige Einwendungsfrist als auch die 30-Tages-Frist für die Einleitung des MDK-Verfahrens willkürlich seien und zu einer rechtswidrigen Benachteiligung der Kläger führten. Sie verstießen auch gegen die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit, die zum Schutz der Versichertengemeinschaft verlangten, dass die Krankenkassen nur solche Abrechnungen beglichen, die sowohl formal als auch inhaltlich richtig seien. Entgegen den Ausführungen des Sozialgerichts dienten die Regelungen des Schiedsstellenbeschlusses, die auf dem Vorschlag der Beigeladenen zu 1. und 2. beruhten, daher auch nicht den Zielen der Verträge nach [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) und hätten schon deshalb kein zulässiger Vertragsinhalt sein können.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 28. Februar 2007, [B 3 KR 17/06 R](#), [SozR 4-2500 § 39 Nr. 8](#)) bedürften Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern einer geeigneten Rechtsgrundlage, d.h. einer gesetzlichen Bestimmung, welche die Regelungen, die vereinbart werden sollten, inhaltlich deckten. Anderenfalls handelten Versicherungsträger außerhalb ihres Aufgabenkreises (vgl. [§ 31 SGB I](#), [§ 30 SGB IV](#)). [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) ermögliche bzw. ermächtige die Vertragsparteien, die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich Aufnahme und Entlassung der Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte sowie Berichte und Bescheinigungen zu regeln. Diese Vorschrift ermächtige somit zu Regelungen im Zusammenhang nur mit diesen Inhalten. Für Verfahrensregelungen sei dieser Norm eine Rechtsgrundlage nicht zu entnehmen. Eine Ermächtigungsgrundlage für eine Verfahrensregelung hinsichtlich einer Überprüfung u.a. der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung bestünde in [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#). Ein solcher Vertrag sei hier aber nicht streitbefangen. Aber auch eine Ermächtigungsgrundlage für eine Verfahrensregelung wäre keine hinreichende Rechtsgrundlage dafür, Rückforderungsansprüche der Kläger als Kostenträger entgegen dem in [§ 31 SGB I](#) bzw. [§ 30 SGB IV](#) geregelten Gesetzesvorbehalt auszuschließen. Dies gelte umso mehr, als in [§ 76 SGB IV](#) die Voraussetzungen, unter denen Versicherungsträger auf Ansprüche zu verzichten berechtigt seien, eng geknüpft würden. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus dem vom Sozialgericht auf S. 19 seiner Entscheidung zitierten Beschluss des Großen Senates des Bundessozialgerichts vom 25.09.2007. Zwar habe der Große Senat darin (Rz. 30) die Auffassung vertreten, dass "Vereinbarungen darüber getroffen werden [können], auf welchem Wege Meinungsverschiedenheiten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung bereinigt werden sollen und welches Verfahren dabei einzuhalten ist". Diese Feststellung beziehe sich aber offenkundig auf Verträge nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) und könne daher weder als "Ermächtigungsgrundlage" für die Verfahrensregelung des hier streitigen Vertrages gemäß [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#), geschweige denn als Ermächtigungsgrundlage für eine Aufgabe von Erstattungsansprüchen der Kläger angesehen werden. Im Übrigen bestätige auch gerade der Beschluss des Großen Senates (Rz. 10 a.E.), dass Vereinbarungen in den Normsetzungsverträgen auf Landesebene nicht gegen das Gesetz getroffen werden dürften. Unabhängig davon sei der 6-Monats-Zeitraum für die Geltendmachung von Einwendungen sachwidrig und willkürlich. Denn Abrechnungsungenauigkeiten in den Rechnungen der Krankenhäuser könnten gerade durch kleinere Krankenkassen aufgrund von statistisch signifikanten Auswertungen häufig erst nach Ablauf von sechs Monaten entdeckt werden. Ein typisches Beispiel biete der Fall des "Grauen Stars": Er werde regelmäßig ambulant behandelt. Gebe es jedoch Nebendiagnosen, wie z.B. eine Herzinsuffizienz, könne auch eine stationäre Behandlung erforderlich sein. Das bedeute aber, dass bei einzelnen stationären Behandlungen für eine Krankenkasse regelmäßig noch kein Anhaltspunkt dafür bestehe, Rechnungsdaten zu überprüfen. Diese Notwendigkeit ergebe sich erst dann, wenn es in einem Krankenhaus häufig oder regelmäßig zu stationären Behandlungen komme. Innerhalb von einem 6-Monats-Zeitraum sei dies nicht mehr zu ermitteln. Eine Rückerstattung der zu Unrecht abgerechneten stationären Mehraufwendungen sei aufgrund von § 19 des zweiseitigen Vertrages dann nicht mehr möglich (siehe dazu bereits ausführlich S. 8 der Klagebegründung vom 24.07.2006). Die Beklagte - wie auch das SG - habe verkannt, dass es regelmäßig statistische Abrechnungsauffälligkeiten seien, die den Einstieg dafür böten, Fehlverhalten bei Abrechnungen zu ermitteln. Naturgemäß aber ließen sich Abrechnungsauffälligkeiten umso einfacher ermitteln, je höher die abgerechneten Fallzahlen seien. Nur aus diesem Grund habe sich die Beigeladene zu 2), die eine große Anzahl von Fallzahlen bearbeite, mit der getroffenen Regelung in § 19 des zweiseitigen Vertrages einverstanden erklären können. Die Bedürfnisse und wirtschaftlichen Interessen der Krankenkassen, die einen im Vergleich geringeren Belegungsanteil in den Krankenhäusern hätten, würden damit indes völlig ausgeblendet. Hinzu komme, dass die Einhaltung der Ausschlussfrist in § 19 Abs. 2 des zweiseitigen Vertrages bei der Geltendmachung von Einwendungen gegen Dauer und Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung von der Durchführung eines MDK-Überprüfungsverfahrens und damit von einem Sachverhalt abhängig sei, der von den Kassen überhaupt nicht zu beeinflussen sei. Denn die Kassen seien mit ihren Einwendungen auch dann ausgeschlossen, wenn das MDK-Überprüfungsverfahren zwar innerhalb der 30-Tages-Frist eingeleitet, vom MDK aber nicht während der 6-Monats-Frist abgeschlossen werde (siehe bereits S. 2 ff. unseres Schriftsatzes vom 28.08.2007). Dabei fehle es den Krankenkassen nicht nur an der Möglichkeit, auf eine zügige Erledigung der Aufgaben des MDK hinzuwirken. Vielmehr sei der MDK seinerseits von der Mitwirkung weiterer Beteiligter, insbesondere der betroffenen Krankenhäuser, abhängig. Letztlich trügen nach der Regelung des § 19 Abs. 2 KBV die Krankenkassen also nicht nur das Risiko einer verzögerten Aufgabenerledigung durch den MDK, sondern auch das einer fehlenden oder unzureichenden Mitwirkung durch die Krankenhäuser, die letztlich von entsprechenden Erstattungsverlangen unmittelbar betroffen seien. Die Prüfungsdauer liege damit außerhalb der Sphäre der Krankenkassen. Unter diesen Umständen sei es aber grob unbillig und willkürlich, eine 6-monatige Ausschlussfrist für Einwendungen ohne Rücksicht auf die Dauer des MDK-Überprüfungsverfahrens festzulegen. Dies gelte insbesondere auch deshalb, weil die Krankenkassen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht dazu verpflichtet werden könnten, sich ein schuldhaftes Verhalten des MDK zurechnen zu lassen (Urteile des Bundessozialgerichts vom 28.09.2006, [B 3 KR 23/05](#) und [B 3 KR 22/05](#), juris). Schließlich sei eine solche Ausschlussfrist, die ungeachtet davon gelte, wie lange die Durchführung des MDK-Verfahrens dauere und welche Arbeitslast dieser zu bewältigen habe, völlig praxisfremd. Dies werde nicht zuletzt durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG, BGBl. I S.

378) und die am 01.04.2007 in Kraft getretene Regelung des [§ 275 Abs. 1](#) c SGB V bestätigt. Denn diese Bestimmung sehe zwar eine Frist für die Einleitung der Prüfung vor, kenne hingegen keine Durchführungsfrist. Dass auch die Durchführung der Überprüfung zeitnah und unter Berücksichtigung des Beschleunigungsgebots zu erfolgen habe, ergebe sich aus allgemeinen sozialrechtlichen Rechtsgedanken, wie sie in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zum Ausdruck gekommen seien und auch vom Sozialgericht herangezogen würden (siehe S. 19 des Urteils des Sozialgerichts). Der Einwand des Sozialgerichts, die Prüfdauer des MDK betrage durchschnittlich 86 Tage, so dass die Geltendmachung von Einwendungen "in aller Regel" möglich sein sollte (S. 22 des Urteils des SG), ändere an dieser unbilligen Situation nichts. Denn den Kassen werde es durch die getroffene Regelung unmöglich gemacht, die bestehenden Risiken zu beherrschen, was letztlich dazu führe, dass Dritte über ihr Budget verfügen könnten. Auch dass - wie das Gericht weiter ausführe - der MDK ebenfalls dem Beschleunigungsgebot unterfalle, könne nicht rechtfertigen, dass den Krankenkassen nach den Vorgaben des § 19 Abs. 2 des zweiseitigen Vertrages sachwidrig die Verantwortung für die zeitgerechte Durchführung der Überprüfung zugewiesen werde. Darüber hinaus handelt es sich bei dem Wert von 86 Tagen durchschnittlicher MDK-Prüfdauer (= Laufzeit zwischen Posteingang des Auftrags beim MDK und Postausgang der Begutachtung beim MDK) um einen Wert aus dem Jahr 2005, der inzwischen längst überholt, also seit Jahren nicht mehr aktuell sei. Dies zeige sich schon daran, dass es bei der MDK-Begutachtung ständig darum gehe, eine Verfristung zu vermeiden. Die Geltendmachung von Einwendungen innerhalb von sechs Monaten sei damit eben gerade nicht "in aller Regel" problemlos möglich. Darüber hinaus sei auch die Festsetzung einer 30-Tages-Frist nach § 19 Abs. 2 Satz 1 für die Einleitung des MDK-Verfahrens sachwidrig und willkürlich. Denn vor der Einleitung des MDK-Verfahrens dürften sich Krankenkassen gerade nicht darauf beschränken, Abrechnungen lediglich auf "Inplausibilitäten" zu prüfen, sondern müssten ihre Prüfungen an den Anforderungen des [§ 275 SGB V](#) ausrichten. Für diese sei indes ein längerer Zeitraum erforderlich. Das Argument des Sozialgerichts, es liege im Bereich des Möglichen, ggf. die für eine beschleunigte Bearbeitung erforderlichen personellen Voraussetzungen zu schaffen, überzeuge nicht. Auch der Gesetzgeber habe erkannt, dass eine 30-Tages-Frist zu kurz greife und daher in [§ 275 Abs. 1](#) c Satz 1 SGB V eine gesetzliche 6-Wochen-Frist eingeführt. Diese könne als Maßstab dafür angesehen werden, die Bedürfnisse der Krankenhäuser nach Rechtssicherheit für ihre Abrechnungen und die Belange der Kassen, nur auf materiell richtige Rechnungen zahlen zu müssen, in einen sachgerechten Ausgleich zu bringen (siehe bereits S. 4 ff. unseres Schriftsatzes vom 28. August 2007). Ohne nachvollziehbare Gründe habe sich die Beklagte dieser Einsicht verschlossen und willkürlich eine 30-Tages-Regelung angeordnet. Um einer Verfristung des Einwendungsrechts zu entgehen, würden die Krankenkassen damit gezwungen, offene Rechnungen dem MDK zur Prüfung vorzulegen, was zu einer Flut von MDK-Überprüfungen führen müsse. Dem lasse sich auch nicht entgegnen, dass der Gesetzgeber MDK-Prüfungsverfahren seit dem 01.04.2007 mit einer Aufwandspauschale "sanktioniere" ([§ 275 Abs. 1](#) c Satz 3 SGB V). Dies habe auch der Gesetzgeber gesehen. In der Begründung des Entwurfs der Regierungsfractionen zu [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) ([BT-Drucks. 16/3100 S. 171](#)) heißt es dementsprechend, dass "die Prüfungsmöglichkeit in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung genutzt (werde). Dies führt zu unnötiger Bürokratie." Dass der Gesetzgeber die Inanspruchnahme des MDK seit dem 1. April 2007 nun auch mit einer Aufwandspauschale von 100 EUR "sanktioniere", spreche vor diesem Hintergrund nicht für eine Angemessenheit der 30-Tages-Frist. Im Gegenteil mache dies deutlich, welchen schwierigen Abwägungszwängen die Krankenkassen unter diesen Umständen zu begegnen hätten. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts dienten die Regelungen des § 19 Abs. 2 des zweiseitigen Vertrages auch nicht der Verwirklichung des gesetzlich festgeschriebenen Ziels aus [§ 112 SGB V](#), sondern seien so gestaltet, dass sie diesem zuwiderliefen. Denn eine zeitnahe Überprüfung der Rechtmäßigkeit einer Krankenhausbehandlung könne gerade nicht erreicht werden, wenn es den Krankenkassen - wie vorliegend - letztlich unmöglich gemacht werde, eine sachgerechte Prüfung überhaupt durchzuführen. Dabei richte sich die vom Sozialgericht herangezogene Verpflichtung einer zeitnahen Prüfung der Notwendigkeit und Dauer eines Krankenhausaufenthaltes darauf, eine angemessene Beurteilung der Gesetzmäßigkeit der Krankenhausbehandlung sowie der Abrechnung der Entgelte zu gewährleisten. Angesichts sich ständig verschlechternder Beweisverhältnisse solle eine solche Beurteilung nach der Rechtsprechungspraxis des Bundessozialgerichts so zügig wie möglich erfolgen (insoweit zutreffend auch S. 19 des Urteils des SG). Ganz ersichtlich sei das Beschleunigungsgebot also kein Selbstzweck, sondern diene - insoweit in untergeordneter Funktion - der Feststellung der Rechtmäßigkeit von Krankenhausbehandlung und Abrechnung. Daraus folge auch, dass die Fristenregelungen des § 19 Abs. 2 des zweiseitigen Vertrages maßgeblich die Gefahr erhöhten, dass materiell unrichtige Abrechnungen beglichen würden, weil eine sachgerechte Prüfung in der vorgesehenen Zeit nicht stattfinden könne. Entgegen dem Sozialgericht (S. 23 des Urteils) werde damit dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit auch kein "Vorrang" gegenüber dem Beschleunigungsgebot eingeräumt. Denn dem Schiedsstellenbeschluss mangle es bereits an einer ausreichenden Abwägung dieser widerstreitenden Prinzipien. Das Sozialgericht übersehe zudem, dass dem Beschleunigungsgrundsatz vor allem dienende Funktion zukomme. Hierzu legten sie dem Senat zahlreiche Schreiben von Krankenhäusern vor, mit denen Einwendungen unter Berufung auf die 6-Monatsfrist abgelehnt wurden (vgl. Bl. 53 bis 72 Senatsakte, zuvor schon Bl. 287-319 SG-Akte).

Die Kläger beantragen, das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 28.05.2009 abzuändern und den Beschluss der Beklagten vom 21.09.2005 aufzuheben, soweit darin vertragliche Regelungen in § 19 Abs. 2 Satz 2 und 3 festgesetzt worden sind, und die Beklagte zu verpflichten, über den Antrag der Kläger, in § 19 Abs. 2 Satz 2 den Ausdruck "sechs Monate" durch den Ausdruck "12 Monate" zu ersetzen sowie in § 19 Abs. 2 Satz 3 den Halbsatz, "das innerhalb der Zahlungsfrist nach Abs. 1 einzuleiten ist" ersatzlos zu streichen, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Die Beklagte und die Beigeladenen zu 1) und 2) beantragen, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladene zu 1) hat zur Begründung im Wesentlichen vorgetragen, dass die Klage bereits unzulässig gewesen sei. Entgegen den Ausführungen der Kläger seien diese gerade nicht Vertragspartei des zweiseitigen Vertrages nach [§ 112 SGB V](#). Denn ausweislich des Wortlauts des [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) seien die L.verbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen nur gemeinsam Vertragspartei der L.Krankenhausesellschaft. Vorliegend habe aber nur ein Teil einer Vertragspartei die Klage erhoben, weshalb diese bereits mangels Prozessführungsbefugnis unzulässig sei. Dagegen spreche nicht, dass der Gesetzgeber in [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) nur eine "gemeinsame" und nicht eine "gemeinsame und einheitliche" Vorgehensweise der L.verbände wie z. B. in [§ 84 Abs. 1 SGB V](#) fordere. Dass die L.verbände nämlich gemeinsam und einheitlich vorzugehen hätten, ergebe sich aus dem hier anzuwendenden, bis zum 31.03.2007 geltenden [§ 123](#) i. V. m. [§ 213 Abs. 2 SGB V](#) und für die Zeit ab dem 01.07.2008 aus [§ 211 a SGB V](#), der eine Einigungspflicht bei gemeinsamen und einheitlich zu treffenden Entscheidungen vorsehe; allerdings gebe es keine [§ 123 SGB V](#) a.F. entsprechende Verweisungsvorschrift mehr (dazu Kingreen in: Gießen/Rolfs/Kreikebohm/Udsching (Hrsg.), Beck-OK zum Sozialgesetzbuch, St. 15.08.2008, § 109 Rn. 4 sowie Koch in: Juris PK-SGB V, 211 a Rn. 5). In jedem Fall sei aber für das gemeinsame (und einheitliche) Handeln anerkannt, dass die Krankenkassen in diesen Fällen eine notwendige Streitgenossenschaft bildeten (BSG SozR 3-2500, § 40 Nr. 3; § 107 Nr. 1; § 109 Nr. 1; Koch in: Juris PK-SGB V, § 211 a Rn. 4). Auch deshalb seien die Kläger ohne die mit ihnen "gemeinsam" handelnden Krankenkassenverbände nicht prozessführungsbefugt. Im Übrigen sei das Urteil des SG zutreffend. Die mit der Berufung geltend gemachten Verstöße gegen [§ 112](#)

[Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) lägen nicht vor: Die Festsetzung von Ausschlussfristen für die Geltendmachung von Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sowie gegen die Art der Abrechnung lägen innerhalb der Vertragskompetenz nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 b SGB V](#). Dies ergebe sich aus der Entscheidung des Großen Senats vom 25.09.2007 ([GS 1/06](#) in: SozR 4-2500, § 39 Nr. 10). Danach könnten die Vertragspartner des [§ 112 SGB V](#) Vereinbarungen darüber treffen, auf welchem Wege Meinungsverschiedenheiten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung bereinigt werden sollten und welches Verfahren dabei einzuhalten sei. Zu solchen Verfahrensregelungen gehörten unzweifelhaft auch Ausschlussfristen. Warum die fragliche Regelung sowohl der 6-Monats- als auch der 30-Tages-Frist "willkürlich" sein solle, könne auch nach Vorliegen der Berufungsbegründung nicht nachvollzogen werden. Selbstverständlich seien andere Fristen denkbar. Es möge auch durchaus zutreffen, dass in einigen - von den Klägern mit Schriftsatz vom 06.10.2009 vorgelegten - Fällen insbesondere die 6-Monats-Frist für die Überprüfung im Rahmen des MDK-Verfahrens nicht ausreiche. Das indessen begründe nicht den Vorwurf der "Willkür". Die Bemessung der Fristlängen liege im Ermessen der Schiedsstelle. Dabei sei der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit eingehalten worden. Die Schiedsstelle habe sachgerechte Argumente für ihre Entscheidungen herangezogen und sei nachvollziehbar zu dem Schluss gekommen, dass die von den Klägern favorisierte Frist von 12 Monaten für die Einleitung des MDK-Überprüfungsverfahrens und die Geltendmachung von Einwendungen nicht dem Beschleunigungsgebot entspreche. Unüberwindbare Hindernisse bei der Einleitung eines MDK-Überprüfungsverfahrens habe die Schiedsstelle nicht gesehen.

Die Beigeladene zu 2) hat im Wesentlichen geltend gemacht, die hier streitigen Festlegungen der Schiedsstelle erwiesen sich als typische Kompromissregelungen, um die Interessen von immerhin acht beteiligten Parteien in pragmatischer Weise zusammenzuführen. Dass es hierbei über die Sinnhaftigkeit einzelner Regelungen zu sachlichen Differenzen zwischen den Beteiligten kommen könne, liege in der Natur der Sache. Aufgrund der eingeschränkten Kontrollrechte seien diese sachlichen Differenzen rechtlich allerdings unerheblich. Die Rechtsprechung habe sich, soweit ersichtlich, noch nicht mit der Frage befasst, wann Entscheidungen einer Schiedsstelle nach [§ 114 SGB V](#) als willkürlich einzustufen seien. Jedenfalls für Richtersprüche gelte, dass Willkür erst dann vorliege, wenn die Rechtslage in krasser Weise verkannt werde (vgl. BVerfG DVB1. 1993, 1001). Es sei nicht erkennbar, weshalb bei einer Schiedsstellenentscheidung ein anderer Maßstab anzulegen sein sollte. Dafür, dass die hier streitgegenständliche Schiedsstellenentscheidung in dem dargestellten Sinne willkürlich sei, seien aber keinerlei Anhaltspunkte vorhanden. Zunächst sei festzustellen, dass die Kläger selbst erhebliche Vorteile durch die verlängerte Zahlungsfrist aufgrund des relativen Zinsvorteils hätten. Sofern eine Einzelkasse Nachteile darin sehe, dass sie eine geringere Anzahl von Versicherten habe, sei jedenfalls der Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 SGB V](#) nicht darauf angelegt, diese auszugleichen. Das Sozialgericht habe zutreffend entschieden, dass die Festsetzung von Ausschlussfristen für die Geltendmachung von Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sowie gegen die Art der Abrechnung im Rahmen dessen liege, was zulässigerweise zum Vertragsinhalt gemacht werden könne. Denn mit diesen Regelungen werde die ständige Rechtsprechung des BSG hinsichtlich der Überprüfung der Krankenhausabrechnung seit dem Urteil vom 13.12.2001 ([B 3 KR 11/01 R](#)) sowie die Absicht des Gesetzgebers, zu einer Beschleunigung solcher Verfahren beizutragen, umgesetzt. Es sei nicht ersichtlich, weshalb [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) keine geeignete Rechtsgrundlage für den hier streitigen Schiedsstellenbeschluss sein sollte. Denn zum einen handele es sich bei [§ 112 Abs. 2 SGB V](#) um eine "insbesondere"-Regelung, so dass auch andere als die in [§ 112 Abs. 2 Nrn. 1-6 SGB V](#) genannten Regelungsgegenstände in den entsprechenden Verträgen enthalten sein dürften. Zum anderen sei kein Grund dafür erkennbar, weshalb es nicht möglich sein sollte, die in [§ 112 Abs. 2 Nrn. 1 bis 6 SGB V](#) vorgesehenen Regelungsinhalte in einer einheitlichen vertraglichen Vereinbarung zu regeln. Im Übrigen regle der streitbefangene Vertrag auch gar nicht das "Verfahren" der Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer, sondern nur dessen Einleitung und die damit verbundenen Voraussetzungen des Abrechnungsverfahrens. Nicht nachvollziehbar sei auch der Einwand der Kläger, mit der sechsmonatigen Ausschlussfrist würden sie sich "als Kostenträger entgegen dem in [§ 31 SGB I](#) bzw. [§ 30 SGB IV](#) geregelten Gesetzesvorbehalt" Rückforderungsansprüchen begeben. Abgesehen davon, dass die Kläger dann mit der Festlegung einer zwölfmonatigen Frist selbst eine rechtswidrige Regelung vorgeschlagen hätten - ob sich die Krankenkassen nach sechs oder zwölf Monaten ihrer Rückforderungsansprüche "begeben", mache schließlich keinen Unterschied -, habe dies auch nichts mit dem Verzicht auf irgendwelche Rückforderungsansprüche zu tun. Denn die Kläger verzichteten nicht auf die Geltendmachung von Rückforderungsansprüchen, sondern lediglich auf Einwendungen, die, wenn sie denn zutreffend sein sollten, Rückforderungsansprüche erst begründen könnten. Soweit die Kläger behaupteten, dass Abrechnungsungenauigkeiten in den Rechnungen der Krankenhäuser gerade durch kleinere Krankenkassen aufgrund von statistisch signifikanten Auswertungen häufig erst nach Ablauf von 6 Monaten entdeckt würden, sei dieser Vortrag unsubstantiiert. Da es sich bei der Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) um eine Einzelfallprüfung handele, spielten statistische Auffälligkeiten keine Rolle. Insoweit sei der Hinweis des Sozialgerichts zu wiederholen, wonach es den Klägern unbenommen sei, eine Prüfung nach [§ 17c KHG](#) in die Wege zu leiten, falls sie - wie vorgetragen - Erkenntnisse aus statistischen Auswertungen für die Einzelfallprüfung benötigten, die sie nicht bereits in den vergangenen Jahren hätten gewinnen können. Es sei nicht ersichtlich, inwieweit eine statistische Auffälligkeit entscheidend zur Klärung der Frage beitragen könne, ob in einem vorliegenden Einzelfall die Behandlung stationär notwendig oder ambulant möglich gewesen sei. Gerade das von den Klägern angeführte Beispiel - in welchem neben den im konkreten Fall vorliegenden Nebendiagnosen beispielsweise auch das Alter und die individuelle Lebenssituation des Patienten für die medizinische Beurteilung der Dauer und Notwendigkeit einer stationären Behandlung relevant seien - zeige, dass eine Einzelfallprüfung vom ersten Fall an notwendig und möglich sei. Denn auch in diesem Fall habe der MDK die Dauer und Notwendigkeit einer stationären Behandlung im Einzelfall zu prüfen. Die Entscheidung, ob eine vorliegende Herzinsuffizienz als Nebendiagnose dazu veranlasse, eine Einzelfallprüfung einzuleiten oder nicht, liege im Ermessen der Krankenkasse. Ein Einzelfall ohne jegliche Nebendiagnosen, die eine stationäre Behandlung rechtfertigen könnten, könne als ambulant möglicher Fall ohne weiteres erkannt und eine entsprechende Einzelfallprüfung eingeleitet werden. Dies sei der Krankenkasse auch bereits im ersten auftretenden Fall möglich und bedürfe keineswegs "hoher abgerechneter Fallzahlen". Sie sei nicht der Auffassung, dass ihr eigener bisweilen geringer Belegungsanteil einer Rechnungsprüfung abträglich sei; im Gegenteil würden diese Einzelfälle nicht in anderer Weise oder seltener geprüft. Fehl gehe auch der Hinweis der Kläger darauf, dass die Einhaltung der Ausschlussfrist in [§ 19 Abs. 2 KBV](#) bei der Geltendmachung von Einwendungen gegen Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung von der Durchführung eines MDK-Überprüfungsverfahrens und damit von einem Sachverhalt abhängig sei, der von den Kassen überhaupt nicht beeinflusst werden könnte. Es stehe durchaus in den Möglichkeiten der Kläger, auf den MDK dahingehend einzuwirken, dass eine zügige Durchführung des Überprüfungsverfahrens stattfinde. Der MDK sei eine von den Krankenkassenverbänden im jeweiligen Land gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft ([§ 278 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)), die als rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts verfasst sei ([§ 278 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Organe des MDK seien die aus Vertretern der Kassen gewählten Verwaltungsräte und die Geschäftsführer ([§§ 279, 280 SGB V](#)). Die an der Arbeitsgemeinschaft als Mitglieder beteiligten Krankenkassenverbände einerseits und die Pflegekassen andererseits tragen auch die Kosten des MDK je zur Hälfte ([§ 81 Abs. 1 SGB V](#)). Wenngleich der MDK auch keinem Weisungsrecht der Kassen im Einzelfall unterliege (vgl. BSG, Urt. v. 28.09.2006 [B 3 KR 23/05 R](#)), so hätten die Krankenkassen selbstverständlich ohne weiteres die Möglichkeit, im Sinne einer zügigen Erledigung der Aufgaben des MDK durch eine entsprechende Personalausstattung zu sorgen. Im Übrigen wäre wohl schon viel damit

gewonnen, wenn manche Krankenkassen die Prüfungsmöglichkeit durch den MDK nicht - wie vom Gesetzgeber ausdrücklich moniert (vgl. Begründung zu § 275 Abs. 1c) - in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung benutzen würden. Außerdem richte sich das Beschleunigungsgebot nicht nur an die Krankenkassen, sondern auch an den MDK, was wiederum aus der Gesetzesbegründung zu [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) folge: "Nach Satz 1 der Neuregelung ist eine Einzelfallprüfung zeitnah durchzuführen. Dies gilt für sämtliche Schritte der Einleitung durch die Krankenkassen und der Durchführung der Prüfung durch den M. Dienst." Dass der MDK dies ernst nehme, zeige eine repräsentative Erhebung des Deutschen Krankenhausinstituts e.V., wonach die Dauer von der Prüfmitteilung des MDK bis zur Prüfentscheidung lediglich 10 Wochen betrage, mit anderen Worten: Bei der Hälfte der Krankenhäuser dauere die durchschnittliche Prüfung durch den MDK nicht länger als 10 Wochen (70 Tage). Der unsubstantiierte Vortrag der Kläger, der frühere Wert einer durchschnittlichen MDK-Prüfdauer von 86 Tagen sei "inzwischen längst überholt", sei damit als unzutreffend widerlegt. Daher sei bereits aus tatsächlichen Gründen nicht zu erwarten, dass es den Krankenkassen unmöglich gemacht werde, innerhalb von sechs Monaten Einwendungen zu erheben, da die MDK-Prüfverfahren in der Regel innerhalb dieses Zeitraums abgeschlossen sein dürften. Auch bezüglich der Festsetzung einer Frist von 30 Tagen für die Einleitung des MDK-Überprüfungsverfahrens behaupteten die Kläger, dass es sich um eine "sachwidrige und willkürliche" Regelung handele. Das Sozialgericht (Umdruck, S. 21) weise zutreffend darauf hin, dass sich die Schiedsstelle mit den Einwendungen der Kläger auseinandergesetzt habe und es auch für die Krankenkassen keine unüberwindbaren Hindernisse bei der Einleitung eines MDK-Überprüfungsverfahrens innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungszugang gebe. Außerdem habe die Schiedsstelle durchaus eine differenzierte Regelung getroffen. Es müsse nämlich zwischen der Prüfung und der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung und der Art der Abrechnung unterschieden werden. Dass die Prüfung der Art der Abrechnung durch die Krankenkasse einen längeren Zeitraum als die Prüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausplanung beanspruchen könne, werde nicht übersehen. Gerade deswegen gelte nach § 19 Abs. 2 Satz 3 KBV die 30-Tages-Frist für die Einleitung des MDK-Überprüfungsverfahrens nur für die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung, nicht aber für die Prüfung der Art der Abrechnung. Die im Schiedsspruch festgesetzte Frist von 30 Tagen für die Einleitung eines Verfahrens zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sei nicht willkürlich. Die Willkürlichkeit der Frist ergebe sich insbesondere nicht aus einem Vergleich mit der Frist nach [§ 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V](#). Wenn es in [§ 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V](#) heiße, dass die Prüfung "spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten" sei, so folge daraus keineswegs, dass sich die Krankenkassen nach Ansicht des Gesetzgebers hierfür sechs Wochen Zeit lassen sollten. Die Formulierung "spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung" sei vielmehr dahin gehend zu verstehen, dass der Gesetzgeber eher eine frühere Einleitung des Prüfverfahrens als zweckmäßig ansehe. Daher halte sich die 30-Tages-Frist nach § 19 des Vertrages im Rahmen dessen, was der Gesetzgeber als Größenordnung für die Einleitung eines Prüfverfahrens vorgebe. Dass die Sechswochenfrist zugleich eine Ausschlussfrist sei, stehe dem durchaus nicht entgegen. Denn der Gesetzgeber gehe nicht davon aus, dass sich die Krankenkassen immer sechs Wochen Zeit für die Einleitung des Prüfverfahrens lassen sollten. Daher könne es nicht willkürlich sein, wenn in dem Schiedsspruch festgelegt werde, dass die Einleitung des Prüfverfahrens im Sinne einer zeitnahen Beauftragung, wie sie auch vom Gesetzgeber gefordert werde, innerhalb von 30 Tagen zu erfolgen habe. Sie legte zahlreiche Beispiele für zeitnahe Erledigungen vor (Bl. 105 bis 161 LSG-Akte).

Die Kläger haben hierauf erwidert, wie das Sozialgericht ausführlich und überzeugend (vgl. S. 13 bis 16 des Urteils) dargelegt habe, sei die Klage zulässig. Das SG habe zutreffend darauf abgestellt, dass der Gesetzgeber in [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) nur eine "gemeinsame" und nicht eine "gemeinsame und einheitliche" Vorgehensweise der L.verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen (wie z.B. in [§ 84 Abs. 1 SGB V](#)) fordere. Mit ihrer Argumentation, diese Abweichung spreche nicht für eine Prozessführungsbefugnis, weil sich aus [§ 123 i.V.m. § 213 Abs. 2 SGB V](#) das Erfordernis eines einheitlichen Vorgehens ergebe, verkenne die Beigeladene zu 1), dass diese Regelungen auf Verträge nach [§ 112 SGB V](#) keine Anwendung fänden (vgl. S. 15 des Urteils). Darüber hinaus sei die Auffassung der Beigeladenen zu 1) mit der Rechtsschutzgarantie des [Art. 19 Abs. 4 GG](#) unvereinbar. Denn eine rechtswidrige Entscheidung der Schiedsstelle verletze die L.verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen (seit 01.01.2009: Verband der Ersatzkassen) nicht in ihnen gemeinsam zustehenden, sondern in individuellen Rechten. Dementsprechend müsse auch jeder Verband eigenständig gegen die Entscheidung der Schiedsstelle vorgehen können. Umgekehrt sei kein Grund ersichtlich, der es rechtfertigen würde, dass die Schiedsstellenentscheidung seitens der Verbände nur gemeinsam angefochten werden könne. Die Klage sei auch begründet. Die angefochtenen Festsetzungen des zweiseitigen Vertrags seien rechtswidrig. Insbesondere habe das SG die Regelung in § 19 Abs. 2 KBV zu Unrecht als zulässig eingestuft. Es fehle vielmehr bereits an einer geeigneten Rechtsgrundlage. Der Vertrag sei auf [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) gestützt. Diese Regelung ermächtige indes nicht zu Verfahrensregelungen; etwas anderes ergebe sich auch nicht aus dem vom Beigeladenen zu 1) zitierten Beschluss des Bundessozialgerichts vom 29. September 2007 (im Einzelnen Schriftsatz vom 12.04.2009, S. 5 f.). Die Sechs-Monats-Frist sei willkürlich. Denn Abrechnungsungenauigkeiten in den Rechnungen der Krankenhäuser könnten gerade durch kleinere Krankenkassen aufgrund von statistisch signifikanten Auswertungen häufig erst nach Ablauf von sechs Monaten entdeckt werden. Soweit die Beigeladene zu 2) vortrage, statistische Auffälligkeiten seien hier unerheblich, da es sich bei der Prüfung nach [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) um eine Einzelfallprüfung handele, verkenne sie die Bedeutung statistischer Auffälligkeiten, da manche Sachverhalte überhaupt erst dann prüfrelevant würden, wenn sie durch statistische Auswertungen in Erscheinung getreten seien. Darüber hinaus hänge die Einhaltung der Ausschlussfrist von der Durchführung eines MDK-Überprüfungsverfahrens und damit von einem Sachverhalt ab, der von den Krankenkassen letztlich nicht beeinflusst werden könne. Anders als die Beigeladene zu 2) meine, könnten die Krankenkassen die Personalausstattung des MDK nicht "selbstverständlich ohne Weiteres" erhöhen. Denn die damit verbundenen Kosten könnten ohne die Verkürzung der Fristsetzung auf sechs Monate vermieden werden. Im Übrigen seien die gesetzlichen Krankenkassen nach [§ 4 SGB V](#) dazu verpflichtet, bei der Durchführung ihrer Aufgaben und in ihren Verwaltungsangelegenheiten sparsam und wirtschaftlich zu verfahren und dabei ihre Ausgaben so auszurichten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen würden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung sei auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten. Dies spiegele sich auch in der im GKV-Finanzierungsgesetz vorgegebenen Deckelung der GKV-Verwaltungskosten wider. Im Übrigen sei - nicht zuletzt von der Krankenhauseite bzw. den Krankenhausgesellschaften - wiederholt darauf hingewiesen worden, dass die Krankenhausärzte ihre eigentlichen Aufgaben, nämlich ihre kurativen ärztlichen Tätigkeiten, wahrnehmen können sollten. Einem drohenden Ärztemangel in den Krankenhäusern sollte demnach entgegengewirkt werden, indem u.a. die Abwanderung der Ärzte in andere Bereiche, wie z.B. dem MDK, reduziert werde. Zudem gestehe die Beigeladene zu 2) mit ihrer Argumentation ein, dass der MDK infolge der Sechs-Monats-Frist überbelastet werde. Eine Regelung, die den MDK ohne Not überlaste und die Rechte der Krankenkassen dadurch verkürze und deren Folgen allenfalls durch unnötige Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen kompensiert werden könnten, entbehre jeder sachlichen Rechtfertigung und sei daher willkürlich. Soweit das SG feststelle, die "Prüfdauer des MDK" habe im Jahr 2005 durchschnittlich 86 Tage betragen (S. 22 des Urteils), sei zunächst unklar, ob dabei ausschließlich die Begutachtungen von Krankenhausbehandlungen oder alle Prüfaufträge des MDK betrachtet würden. Darüber hinaus hätte das Sozialgericht aussagekräftige Werte für die Jahre 2006 bis 2008 ermitteln müssen, um die Frage zu beantworten, ob die in § 19 Abs. 2 des zweiseitigen Vertrags festgesetzte Frist auskömmlich sei. Schließlich (und unabhängig von diesen beiden Aspekten) sei die durchschnittliche

Prüfdauer letztlich irrelevant. Dass die Prüfungsdauer durchschnittlich 86 Tage betragen habe, lasse keinen Rückschluss darauf zu, in wie vielen Fällen die Prüfdauer tatsächlich mehr als sechs Monate betragen habe. Benötige der MDK beispielsweise für die Prüfung in fünf Fällen jeweils lediglich einen Tag pro Fall, während er für die Prüfung fünf weiterer Fälle jeweils 6,5 Monate je Fall benötige, ergebe sich eine durchschnittliche Prüfdauer je Prüfauftrag von 98 Tagen ($5 \times 6,5 \times 30$ Tage und 5×1 Tag = 980 Tage, geteilt durch 10 = 98 Tage, gerechnet mit einer Monatsdauer von 30 Tagen). Trotz der geringen Durchschnittsprüfdauer von 98 Tagen wären die Hälfte der Fälle nicht mehr innerhalb der vereinbarten Frist von sechs Monaten abschließend begutachtet. Zwar möge die "Prüfdauer" mittlerweile gesunken sein, jedoch stammten die Fallbeispiele ausnahmslos aus dem Jahr 2009. Die eventuell entstandene Reduktion sei damit unmittelbare Folge der Verkürzung der Einwendungsfrist auf sechs Monate. Aufgrund der "Sechs-Monats-Frist" und der damit drohenden Verluste durch eine Präklusion sähen sich die gesetzlichen Krankenkassen gezwungen, die Personalausstattung des MDK erheblich zu erhöhen. Dies wäre jedoch ohne die "Sechs-Monats-Frist" nicht notwendig gewesen. Daher ließen die derzeitigen Werte keinen Rückschluss mehr auf die frühere "Prüfdauer" zu, sondern belegten einzig und allein die Willkürlichkeit der Sechs-Monats-Frist. Verfehlt sei auch die Einschätzung des SG (S. 22 f. des Urteils), wonach "für die Geltendmachung hinreichend substantiierter Einwendungen auch vorläufige Einschätzungen des MDK ausreichen dürften". Würden die Krankenkassen solche "vorläufigen Einschätzungen" einholen, hätte dies zwangsläufig zur Folge, dass sie die Behandlungsfälle gleich zweifach bearbeiten müssten, nämlich das erste Mal für die vorläufige Einschätzung und das zweite Mal für die abschließende Stellungnahme. Es liege auf der Hand, dass eine solche Begutachtungspraxis die Prüfdauer des MDK insgesamt deutlich verlängern würde. Denn auch für die Abgabe einer vorläufigen Stellungnahme müssten sich die Gutachter zunächst in eine Vielzahl von Unterlagen einlesen, um nutzlose "Gutachten ins Blaue" zu vermeiden. Die Einschätzung des Gerichts, man könne hier mit "vorläufigen Einschätzungen" arbeiten, gehe somit an der Praxis vorbei und würde die Bemühungen des Gesetzgebers um eine Beschleunigung und Entbürokratisierung des Überprüfungsverfahrens ad absurdum führen, da zusätzlich zu den beauftragten sozialmedizinischen Stellungnahmen vorab "vorläufige Einschätzungen" zu erstellen wären. Das Begutachtungsverfahren in einer solchen Weise "aufzublähen", wäre umso unwirtschaftlicher, als damit keinerlei Erkenntnis- oder Zeitgewinn für die Beteiligten verbunden wäre: Für die weitere Bearbeitung des Abrechnungsstreits der Beteiligten wäre trotz allem weiterhin die abschließende Stellungnahme des MDK erforderlich und daher abzuwarten. Auch die 30-Tages-Frist sei willkürlich. Denn vor der Einleitung des MDK-Verfahrens dürften sich Krankenkassen gerade nicht darauf beschränken, Abrechnungen lediglich auf "Inplausibilitäten" zu prüfen, sondern müssten ihre Prüfungen an den Anforderungen des [§ 275 SGB V](#) ausrichten. Dafür sei indes ein längerer Zeitraum erforderlich. Auch der Gesetzgeber habe erkannt, dass eine 30-Tages-Frist zu kurz sei und daher in [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) eine 6-Wochen-Frist eingeführt. Die Einschätzung der Beigeladenen zu 2 in ihrem Schriftsatz vom 21.12.2009, S. 10, die 30-Tages-Frist halte sich "im Rahmen dessen, was der Gesetzgeber als Größenordnung für die Einleitung eines Prüfverfahrens" vorgebe, weil in [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) das Wort "spätestens" verwendet werde, überzeuge nicht. Denn es liege im Wesen einer jeden Frist, dass die Handlung, auf die sie sich beziehe, spätestens kurz vor ihrem Ablauf vorzunehmen sei. Wenn der Gesetzgeber somit einen Zeitraum von sechs Wochen für angemessen halte, müsse die Bewertung hier berücksichtigt werden. Entgegen der Auffassung der Beigeladenen zu 2) bestehe durch die Heraussetzung der Zahlungsfrist auf 30 Tage im Ergebnis auch kein finanzieller Vorteil auf Seiten der Kläger. Zwar werde durch die Verlängerung rechnerisch zunächst "Gewinn" erzielt. Dieser "Gewinn" könne jedoch den Verlust, der aus der Verkürzung der Einwendungsfrist entstehe, nicht kompensieren. Die Beigeladene zu 2) hat hierauf erwidert, auch aus den abermaligen Ausführungen der Kläger zur Sechsmonatsfrist werde nicht deutlich, weshalb diese willkürlich, also unter keinem denkbaren Gesichtspunkt rechtlich vertretbar sein solle. Nicht nachvollziehbar sei die Begründung, Abrechnungsungenauigkeiten könnten "gerade durch kleinere Krankenkassen aufgrund von statistisch signifikanten Auswertungen häufig erst nach Ablauf von sechs Monaten entdeckt werden". Dieser Vortrag sei unsubstantiiert. Bei richtiger Organisation der Prüfung von Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser sei es den Krankenkassen ohne weiteres möglich, in angemessener Zeit prüfrelevante Sachverhalte aufzuspüren, was die Beigeladene zu 2) aus eigener Erfahrung bestätigen könne. Insoweit gelte, was die Schiedsstelle in ihrem Beschluss vom 21.09.2005 (S. 10) festgestellt habe: "Was der AOK als größtem Krankenversicherer möglich ist, müsste auch den anderen Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung möglich sein." Es könne dahingestellt bleiben, ob die Krankenkassen wegen des Grundsatzes der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit daran gehindert wären, dem MDK durch eine Personalaufstockung die noch effizientere Erfüllung seiner Aufgaben zu ermöglichen. Aufgrund der Möglichkeit, finanziellen Mehrbedarf durch die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven und durch erfolgreiche Krankenhausergeltnachforderungen zu kompensieren, dränge sich ein solcher Schluss nicht unbedingt auf. Es müsste also erst gezeigt werden, dass eine Personalaufstockung des MDK zwangsläufig zu einer Verletzung von [§ 4 Abs. 4 SGB V](#) führen würde. Abgesehen davon stelle sich das Problem in der Praxis aber auch gar nicht. Die Sechsmonatsfrist führe nämlich nicht dazu, dass dem MDK die zeitnahe Erfüllung seiner Aufgaben nicht möglich wäre. Soweit die Beigeladene zu 2) im Schriftsatz vom 21.12.2009 auf die Möglichkeit der Personalaufstockung des MDK hingewiesen habe, gehe es entgegen der Auffassung der Kläger keineswegs darum, die Notwendigkeit einer solchen Maßnahme wegen einer - angeblichen - Überbelastung des MDK zu konzidieren. Vielmehr sei die Behauptung der Kläger zu widerlegen gewesen, die Einhaltung der Ausschlussfrist in [§ 19 Abs. 2 KBV](#) sei wegen der Durchführung eines MDK-Überprüfungsverfahrens von einem Sachverhalt abhängig, der von den Kassen nicht beeinflusst werden könne. Der MDK sei auch nicht überlastet, wie die derzeitige durchschnittliche Prüfdauer zeige. Im Übrigen hätten die Kläger selbst erstinstanzlich eine durchschnittliche MDK-Prüfdauer von 86 Tagen mitgeteilt (Klagebegründung vom 24.07.2006, S. 11 oben). Die Kläger müssen sich daher fragen lassen, weshalb sie einen solchen Wert in das Verfahren eingeführt hätten, wenn sie nunmehr meinen, dass dieser "irrelevant" sei. Aus einer neueren Erhebung des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) gehe hervor, dass der Median (= Mittelwert; Zentralwert) der Dauer von der Prüfmittelteilung des MDK bis zur Prüfentscheidung lediglich zehn Wochen betrage. Daraus folge, dass die Hälfte der MDK-Prüfungen nicht länger dauere als zehn Wochen; eine Frist, die so bemessen sei, dass sie in der Hälfte der Fälle deutlich unterschritten werde, könne aber nicht willkürlich gewählt sein. Die Kläger argumentierten in ihrem Zahlenbeispiel (S. 4) nicht mit dem Median, sondern mit dem arithmetischen Mittel, also dem Durchschnittswert. Bei diesem spielten "Ausreißer" wie die angeführten fünf fiktiven Fälle, bei denen die Prüfung 6,5 Monate dauerte, zwar tatsächlich eine große Rolle. Eben dies sei aber der Grund, weshalb man zweckmäßigerweise, wie es das DKI getan habe, bei der Bestimmung der faktischen Überprüfungsdauer den Median angeben sollte, bei dem im Gegensatz zum arithmetischen Mittel die Ausreißer den Wert nicht verfälschten. Außerdem liege auch in dem Beispielsfall der Klägerseite, die als Maßstab den arithmetischen Mittelwert heranziehe, die durchschnittliche Prüfdauer mit 98 Tagen deutlich unter sechs Monaten, so dass zu fragen sei, was mit diesem Beispiel gezeigt werden solle. Dass eine MDK-Prüfung ausnahmsweise länger als sechs Monate dauere, könne im einen oder anderen Fall durchaus vorkommen, etwa bei der Erkrankung von Prüfärzten, führe aber nicht zur Willkürlichkeit der Sechsmonatsfrist, nachdem eine Erfolgsquote von 100 % vernünftigerweise nicht verlangt werden könne. Im Übrigen dürfe man sich eine MDK-Prüfung keineswegs so vorstellen, als brüte ein Prüfarzt 6,5 Monate über einem Fall. Tatsächlich lasse sich die Prüfung der einzelnen Fälle sehr viel schneller abwickeln. Es sei lediglich die Umstellung im Zuge der 2005 vereinbarten Sechsmonatsfrist gewesen, die dazu geführt habe, dass eine größere Zahl von Fällen in kürzerer Zeit abgeprüft hätten werden müssen. Zwischenzeitlich habe sich der MDK aber auf die Sechsmonatsfrist eingestellt, so dass die "Bugwelle", die durch den streitbefangenen Vertrag ab 2005 entstanden sei, habe abgebaut werden können. Die insgesamt moderate Prüfdauer von nur zehn Wochen, wie sie aus Anlage B 1 ersichtlich sei, belege dies eindrucksvoll. Dass sich die Prüfdauer beim MDK inzwischen verringert habe, gäben schließlich auch die Kläger zu (Schriftsatz vom

12.01.2011, S. 4 Mitte). Soweit die Kläger behaupteten, die Krankenkassen dürften sich vor der Einleitung des MDK-Verfahrens nicht darauf beschränken, Abrechnungen lediglich auf Inplausibilitäten zu prüfen, sei dies ist unzutreffend. Das Bundessozialgericht (Urt. v. 13.12.2001 - [B 3 KR 11/01 R](#), [NZS 2003, 28](#)) habe in diesem Zusammenhang ausdrücklich festgestellt: "Da es der Kasse, vor Einschaltung des MDK, in der Regel an medizinischem Sachverstand fehlt, kommt zunächst nur eine Plausibilitätskontrolle in Betracht". Nicht richtig sei auch die Behauptung der Kläger, der Gesetzgeber habe erkannt, dass eine 30-Tages-Frist zu kurz sei, und daher in [§ 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V](#) eine Sechswochenfrist eingeführt. Die Kläger wollten den Eindruck erwecken, als habe der Gesetzgeber mit der Einführung der Sechswochenfrist den Krankenkassen im Sinne einer "Verlängerung" der Frist entgegenkommen wollen. Tatsächlich verhalte es sich genau umgekehrt, denn es sei das Ziel des Gesetzgebers gewesen, die Frist für die Einleitung der MDK-Prüfung abzukürzen und nicht etwa, diese zu verlängern. In der Vergangenheit habe es nämlich keine einheitlichen zeitlichen Vorgaben für die Einzelfallprüfung nach [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) gegeben. Die Frage, wann diese stattfinden konnten, habe sich für jedes Bundesland anders beantwortet, je nachdem, ob ein Landesvertrag nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 oder Nr. 2 SGB V](#) existierte und wie dieser formuliert gewesen sei. Nur ausnahmsweise sei die Frist für die Einleitung eines MDK-Überprüfungsverfahrens geregelt gewesen, wie im streitbefangenen B.-W.ischen Landesvertrag. Das Bundessozialgericht habe bereits im Zusammenhang mit den sog. Berliner Fällen eine zeitnahe Prüfung der Krankenhausbehandlungsfälle gefordert (BSG, Urt. v. 13.12.2001 - [B 3 KR 11/01 R](#), [NZS 2003, 28](#)). Die Umsetzung dieser Vorgaben auf Landesebene sei jedoch mangels eindeutiger Angaben in den Landesverträgen nicht einheitlich gewesen. Im Übrigen dürfte fraglich sein, ob den Klägern hinsichtlich der Rechtmäßigkeit der 30-Tages-Frist nach [§ 19 Abs. 2 Satz 3 i.V.m. Abs. 1 KBV-BW](#) überhaupt noch ein Rechtsschutzbedürfnis zustehe. Die Kläger hätten nämlich ein an sie sowie die Beigeladenen zu 2) und 3) adressiertes Rundschreiben der Beigeladenen zu 1) vom 13.06.2007 vorgelegt, wonach aus deren Sicht ab 01.04.2007 — also nach Inkrafttreten des GKV-WSG — die 30-Tages-Frist nicht mehr angewendet werden solle; statt dessen sei ab dem genannten Stichtag eine Frist von sechs Wochen maßgeblich. Die Beigeladene zu 2) habe sich dieser Ansicht angeschlossen. Es werde davon ausgegangen, dass auch die Kläger sowie die Beigeladene zu 3) die Rechtsansicht der Beigeladenen zu 1) teilen, so dass der Frage der Rechtmäßigkeit der 30-Tages-Frist nach [§ 19 Abs. 2 Satz 3 i.V.m. Abs. 1 KBV](#) an und für sich keine praktische Bedeutung mehr zukomme bzw. der Vertrag durch die Beteiligten insoweit stillschweigend geändert worden sei. Die streitbefangene 30-Tages-Frist sei aber auch vor dem 01.04.2007 rechtmäßig gewesen, denn zu diesem Zeitpunkt habe es [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) noch nicht gegeben; im Übrigen sei ohne weiteres ersichtlich, dass die 30-Tages-Frist dem vom Bundessozialgericht aufgestellten Beschleunigungsgrundsatz entsprochen habe und folglich nicht willkürlich gewesen sein könne.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) liegt nicht vor.

Die Kläger haben in der mündlichen Verhandlung des Senats ihre bisher gestellten Berufungsbegehren zu §§ 5, 7, 8, 9 und 13 KBV nach einer Sitzungsunterbrechung nicht mehr weiter verfolgt und ihre gestellten Anträge auf die Streitpunkte zu [§ 19 KBV](#) beschränkt. Dies ist als teilweise Rücknahme der Berufung zu sehen (vgl. BSG, Urteil vom 21.02.1969 - [3 RK 99/65](#) -, veröffentlicht in Juris). Der Senat hat deswegen nur noch über die Rechtmäßigkeit der von der Schiedsstelle festgesetzten Fassungen von [§ 19 Abs. 2 Satz 2 KBV](#) sowie [§ 19 Abs. 2 Satz 3 KBV](#) zu entscheiden. Die diese Regelungspunkte betreffende Berufung ist überwiegend begründet. Mit der Regelung in [§ 19 Abs. 2 Satz 2 KBV](#) hat die Beklagte den von der Rechtsordnung vorgegebenen Gestaltungsrahmen überschritten; die Regelung in [§ 19 Abs. 2 Satz 3 KBV](#) kann, nachdem der Gesetzgeber später das gleiche Problem in [§ 275 Abs. 1 c Satz 2 SGB V](#) selbst verbindlich geregelt hat, mit Wirkung ab 01.04.2007 nicht länger Bestand haben.

I. 1.) Die am Klageverfahren beteiligten Kläger haben zulässiger Weise Klage erhoben. Sie sind klagebefugt. Im Klageverfahren hat sich ihre Zahl auf vier reduziert, nachdem der Verband der Ersatzkassen e. V. (VdEk e. V., jetziger Kläger zu 1) zum 01.01.2009 die Aufgaben der früheren Ersatzkassen - Verbände der Angestellten und Arbeiter - VdEk e. V. und AEV e. V., ehemals Kläger zu 1) und 2) - übernommen und deren Rechtsnachfolge angetreten hat.

Entgegen der Auffassung der Beigeladenen zu 1) durfte jeder einzelne Kläger für sich ohne vorherige Abstimmung, Zustimmung oder Genehmigung der anderen Kläger bzw. der anderen L.verbände gesetzlicher Krankenkassen Klage erheben. Gemäß [§ 207 SGB V](#) bilden in jedem Land die Ortskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen einen Landesverband. Die L.verbände der Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie sind nach [§ 70 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) beteiligtenfähig. Ihnen obliegt nach [§ 211 Abs. 1 SGB V](#) die Erfüllung der ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben. Eine dieser Aufgaben ist in [§ 112 SGB V](#) näher geregelt. Nach Abs. 1 dieser Vorschrift schließen die L.verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit der L.Krankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbooks entsprechen.

Es ist in der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes anerkannt (Urteile vom 31.05.2006 - [B 6 KA 69/04 R](#), 29.11.2006 - [B 6 KA 7/06 R](#) sowie zuletzt Urt. v. 03.02.2010 - [B 6 KA 31/09 R](#)), dass vom Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch V errichtete Institutionen, denen durch das Gesetz eigene Aufgaben, Befugnisse und Pflichten auferlegt sind, Entscheidungen gerichtlich angreifen und ggf. Rechtsmittel einlegen dürfen, soweit sie sich durch die Entscheidungen etwa der Aufsichtsbehörden oder - wie hier - einer Schiedsstelle bezüglich des ihnen übertragenen originären Verantwortungsbereichs in eigenen Rechten verletzt glauben. Nur so wird deren gesetzlich begründeter Verantwortung Rechnung getragen. Diese Rechtsprechung hat zur Folge, dass grundsätzlich jeder Landesverband einer gesetzlichen Krankenkasse befugt ist, gegen eine Schiedsstellenentscheidung gerichtlich vorzugehen, wenn und soweit er der Auffassung ist, dass er als Landesverband bzw. die ihn bildenden Krankenkassen in eigenen Rechten verletzt sind. Aus dem Begriff "gemeinsam" in [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) folgt nichts anderes. Durch die Verwendung des Ausdrucks "gemeinsam" sollte nach dem Willen des Gesetzgebers sichergestellt sein, dass die der L.Krankenhausgesellschaft angeschlossenen Krankenhäuser nur eine einzige Vertragsfassung, also einen Vertrag für alle gesetzlich Versicherten in B.-W., bei der Abwicklung der Behandlung von gesetzlich Krankenversicherten zu beachten haben und nicht bezüglich jeder einzelnen Kassenart anderes Recht anzuwenden ist (ebenso Pawlita in JurisPK [§ 112 SGB V](#) Rn 23). Eine weitergehende Bedeutung, als dass es nur einen einheitlichen Vertrag (und nicht mehrere) zwischen allen L.verbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Krankenhausträger zu geben hat, kommt dem Begriff "gemeinsam" nicht zu. Insbesondere schließt dieser Begriff nicht aus, dass einzelne

L.verbände der Krankenkassen sich ungeachtet des Verhaltens der anderen L.verbänden der Krankenkassen im Verfahren, das zu der vertraglichen Bindung führen soll, gegen einzelne Punkte einer Schiedsstellenentscheidung gerichtlich zur Wehr setzen.

Der Gesetzgeber verwendet terminologisch bezüglich des Handelns von L.verbänden der Krankenkassen und (bis 01.07.2008) den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen die Ausdrücke entweder "gemeinsam" (wie in [§ 112 SGB V](#)) oder "gemeinsam und einheitlich" (wie etwa in [§ 117 Abs. 1 Satz 3](#), [§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) sowie in zahlreichen Vorschriften des Vertragsarztrechts). Dort wo die von den Spitzenverbänden nach dem SGB V zu treffenden Entscheidungen "gemeinsam und einheitlich" erfolgen müssen, haben sich die Spitzenverbände zuvor zu einigen. Dies ergab sich aus [§ 213 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in der bis zum 01.07.2008 geltenden Fassung. Kam eine Einheitlichkeit nicht zu Stande, erfolgte die Beschlussfassung nach einem in [§ 213 Abs. 2 SGB V](#) damaliger Fassung vorgesehenen Verfahren durch Beschlüsse mit Mehrheit der Vertreter der Spitzenverbände. Ab 01.07.2008 trifft [§ 211a SGB V](#) eine weitgehend identische Regelung (wobei die Stimmverhältnisse sich nach der Mitgliederzahl richten und die praktische Bedeutung wegen des Spitzenverbandes Bund der GKV, der die früheren Spitzenverbände der Krankenkassen abgelöst hat, stark verringert ist). Aus dieser speziellen Regelung folgt aber umgekehrt, dass überall dort, wo - wie in [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) - kein einheitliches und gemeinsames Handeln der Krankenkassenverbände vorgeschrieben ist, die Krankenkassenverbände mit unterschiedlichen Rechtsauffassungen und Zielen in die gesetzlich vorgeschriebenen Vertragsverhandlungen gehen können. Muss sich aber eine Krankenkasse nicht zuvor auf eine bestimmte Position mit anderen L.verbänden einigen, ist es ihr unbenommen, im Einigungsverfahren vor der Schiedsstelle eine eigene Auffassung zu vertreten und eigenständig Anträge zu stellen. Welche Auswirkungen das Konfliktlösungsverfahren in [§ 211 a SGB V](#) auf den gerichtlichen Rechtsschutz hat, kann offenbleiben. Besteht - wie hier - kein vergleichbares verpflichtendes vorheriges Abstimmungsverfahren, ist der einzelne Landeskrankenkassenverband klagebefugt, ohne sich hinsichtlich der Klageerhebung zuvor mit anderen L.verbänden der Krankenkassen abstimmen zu müssen bzw. deren (mehrheitliche) Zustimmung einzuholen. Das vom Gesetzgeber vorgesehene Erfordernis des gemeinsamen Vertragsabschlusses führt dann lediglich dazu, dass die anderen Vertragspartner zum Verfahren notwendig beizuladen sind (vgl. [§ 75 Abs. 2 SGG](#)). Für den vorliegenden Fall hat dies zur Folge, dass die Kläger versuchen können, ihre Rechtsauffassung gerichtlich durchzusetzen, während andererseits die Beigeladenen zu 2) und 3) (die bei Beschlussfassung nach [§ 213 Abs. 2 SGB V](#) früherer Fassung und wohl auch nach [§ 211 a SGB V](#) unterlegen wären), ihrerseits (im Rahmen der Anträge der Hauptbeteiligten - [§ 75 Abs. 4 SGG](#)) abweichende Rechtsauffassungen als Beigeladene vertreten und auf eine ihren Interessen gerecht werdende Entscheidung durch entsprechende Anträge hinwirken können.

2.) Verfahrensrechtlich ist das Begehren der Kläger im Hauptantrag als Anfechtungs- und Bescheidungs-Verpflichtungsklage, mit der ein anderer Schiedsstellenbeschluss begehrt wird, aufzufassen. Es handelt sich bei dem angefochtenen Schiedsstellenbeschluss um einen Verwaltungsakt im Sinne des [§ 31 Satz 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#) zur Gestaltung des Vertrags zwischen den Klägern, den Beigeladenen zu 2) und 3) mit der Beigeladenen zu 1). Insoweit gilt zur Verwaltungsaktsqualität von Beschlüssen der Schiedsstelle nichts anderes als zu Entscheidungen der Schiedsämter gem. [§ 89 SGB V](#) (ebenso wohl Knittel in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung § 114 Rn 3). Dort entspricht es ständiger Rechtsprechung des BSG, dass die Entscheidung der Schiedsämter im Recht der GKV gegenüber den am Schiedsverfahren beteiligten Institutionen Verwaltungsakte sind, die die Vertragspartner anfechten können, wenn sie geltend machen, der angefochtene Schiedsspruch sei rechtswidrig (BSG [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 20](#) S. 125 f., zuletzt v. 03.02.2010 - [B 6 KA 31/09 R](#); abweichend für das Handeln von Schiedspersonen als bloße Vertragshelfer BSG v. 26.11.10 - [B 3 KR 1/10 R](#)). Die Berechtigung, eine Schiedsamsentscheidung mit der Anfechtungs- bzw. Verpflichtungsklage anzugreifen, um eine Korrektur dieser Entscheidung zu erreichen, steht nur den jeweiligen Vertragspartnern zu. Weder einzelne Krankenhäuser noch einzelne Krankenkassen sind berechtigt, einen Schiedsspruch unmittelbar anzugreifen (BSG [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 37](#) S. 291). Nach Rechtsauffassung des Senates ist diese höchststrichliche Rechtsprechung zu den Schiedsämtern gemäß [§ 89 SGB V](#) auf die Entscheidungen der Schiedsstelle gemäß [§ 112 SGB V](#) entsprechend zu übertragen. Gründe, die dagegenstehen, sind nicht ersichtlich. Sowohl bei den Verträgen, die nach [§ 89 SGB V](#) von den Schiedsämtern festzusetzen sind, als auch bei den Verträgen nach [§ 112 SGB V](#) hat der Gesetzgeber das Regelungskonzept verfolgt, den Beteiligten die Ausfüllung eines gesetzlichen Rahmens zu übertragen. Kommen Institutionen, die aufgrund ihrer praktischen Sachkenntnisse diese Verträge abschließen sollen, diesem gesetzlichen Auftrag nicht nach, soll an ihrer Stelle und mit Verbindlichkeit für sie eine Entscheidung durch eine neutrale Stelle getroffen werden. Wenn [§§ 112, 114 SGB V](#) eine Schiedsstelle anstelle der im Vertragsarztrecht tätigen Schiedsämter vorsehen, hat dies allein seinen Grund darin, dass es sich bei den Krankenhäusern um einen anderen Leistungserbringer handelt. Ansonsten bestehen zwischen der Arbeit und der rechtlichen Ausgestaltung von Schiedsstellen und Schiedsämtern keine relevanten Unterschiede. Dies macht es möglich, die zu den Schiedsämtern ergangene Rechtsprechung auf die Schiedsstellen gem. [§ 114 SGB V](#) zu übertragen.

3.) Eine Entscheidung der Schiedsstelle kann direkt mit der Klage vor dem SG angefochten werden (Hess, in: Kassler Kommentar, [§ 114 SGB V](#) Rdnr. 7). Die Entbehrlichkeit eines Vorverfahrens folgt dabei bereits aus [§ 78 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGG](#). Danach bedarf es eines Vorverfahrens nicht, wenn ein Land, ein Versicherungsträger oder einer seiner Verbände klagen will. Die Regelung "oder einer seiner Verbände" wurde durch das 6. SGG-Änderungsgesetz mit Wirkung ab 01.01.2002 eingeführt. Es soll dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung Rechnung tragen und zur Beschleunigung des Verfahrens beitragen (vgl. [BT-Drs 14/6335 S. 32](#) zu § 31a sowie Meyer-Ladewig, Sozialgerichtsgesetz Kommentar § 78 Rdn 7). Bei den hier klagenden L.verbänden der Krankenkassen handelt es sich um einen Verband von Versicherungsträgern.

Darüber hinaus ergibt sich die Zulässigkeit einer Klageerhebung ohne vorheriges Vorverfahren aus der analogen Anwendung von [§ 89 Abs. 1 Satz 6 SGB V](#). Dort ist bestimmt, dass die Klage gegen die Festsetzung des Schiedsamts keine aufschiebende Wirkung hat. Die selbe Rechtslage, nämlich eine Klageerhebung gegen Entscheidungen von Schiedsämtern ohne vorheriges Widerspruchsverfahren setzt auch [§ 29 Abs. 4 SGG](#) voraus, der bezüglich bestimmter Schiedsamsentscheidungen die ausschließliche Zuständigkeit des Landessozialgerichts B.-Br. vorsieht. Gleiches gilt für die in [§ 29 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) geregelte erstinstanzliche Zuständigkeit der Landessozialgerichte bei Entscheidungen von L.schiedsämtern und Schiedsstellen nach [§ 120 Abs. 4 SGB V](#).

4.) Die Schiedsstelle nach [§ 114 SGB V](#) ist die richtige Beklagte. Die nicht rechtsfähige Schiedsstelle ist in entsprechender Anwendung von [§ 70 Nr. 4 SGG](#) beteiligtenfähig. Die Beklagte ist nicht nur beteiligtenfähig, sondern auch prozessfähig ([§ 71 Abs. 4 SGG](#)) und in dem Sinne passivlegitimiert, dass die Anfechtungs- bzw. Verpflichtungsklage gegen sie zu richten ist (vgl. BSG, Urteil vom 14.12.2000 - [B 3 P 19/00 R](#) -, veröffentlicht in Juris; vgl. auch BSG [SozR 4-3300 § 89 Nr. 1](#)).

II.

Die Schiedsstellenentscheidung ist auch nicht aus formellen Gründen rechtswidrig. Die Voraussetzungen für die Durchführung des Schiedsverfahrens nach [§ 112 Abs. 3 i.V.m. § 114 SGB V](#) lagen vor. Auch das durchgeführte Verfahren ist nicht zu beanstanden.

Die Schiedsstelle ist auf der Grundlage der Verordnung der Landesregierung über die Schiedsstelle nach [§ 114 Abs. 5](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Schiedsstellenverordnung SGB V - SchiedVO SGB V) vom 20.07.2004 - GBl. 2004, 587 errichtet worden.

1.) [§ 112 Abs. 3 SGB V](#) bestimmt, dass der Inhalt eines Vertrags nach Absatz 1 auf Antrag einer Vertragspartei durch die Schiedsstelle nach [§ 114](#) festgesetzt wird, wenn der Vertrag bis zum 31.12.1989 ganz oder teilweise nicht zustande kommt. [§ 112 Abs. 3 SGB V](#) ist eine Übergangsvorschrift, der nur insoweit Bedeutung zukam, als vor dem 31.12.1989 die Schiedsstelle nicht angerufen werden konnte. Der Gesetzgeber hat den Vertragsparteien offensichtlich eingeräumt, bis 31.12.1989 eine Lösung einvernehmlich und ohne vorzeitige Anrufung der Schiedsstelle zu finden. Darin erschöpft sich die Bedeutung dieses gesetzlichen Anrufungsausschlusses. [§ 112 Abs. 3 SGB V](#) bildet somit weiterhin die Grundlage für die Durchführung des Schiedsverfahrens (ebenso Pawlita in JurisPK [§ 112 SGB V](#) Rn. 145, 149). Seine Wirkung war nicht für den Rechtsübergang d.h. für das Zustandekommen der ersten Verträge gemäß [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) nach Inkrafttreten des SGB V beschränkt. Zwar mag der Gesetzgeber mit der Regelung des Absatzes 3 zunächst allein den erstmaligen Abschluss von Verträgen auf der Grundlage von [§ 112 Abs. 1](#) und 2 SGB V in den Blick genommen haben. Es gibt jedoch keinen Hinweis dafür, dass das Schiedsverfahren nach Wegfall eines zunächst unter neuem Recht zustande gekommenen Vertrags nicht mehr für erforderlich gehalten worden wäre. Zutreffend hat das SG auf die Entscheidung des BSG vom 22.07.2004 ([B 3 KR 20/03 R](#), veröffentlicht in Juris) verwiesen, in der auch das BSG davon ausgeht, dass es den Vertragsparteien nach [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) freisteht, einen bestehenden Vertrag zu kündigen ([§ 112 Abs. 4 SGB V](#)) und bei mangelnder Einigungsmöglichkeit die Schiedsstelle nach [§ 114 SGB V](#) anzurufen ([§ 112 Abs. 3 SGB V](#)).

2.) Das Schiedsstellenverfahren betraf hier ausschließlich den Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 a](#) und b SGB V (KBV). Insofern lagen die Voraussetzungen des [§ 112 Abs. 3 SGB V](#) vor, da ein entsprechender Vertrag teilweise nicht zustande gekommen war. Die Schiedsstelle konnte weiterhin angerufen werden, auch wenn, wie hier bis zum 31.12.2003, nach Inkrafttreten des SGB V Verträge zustande gekommen waren, aber durch Kündigung oder, wie hier, Fristablauf nicht mehr gelten und ein Folgeantrag mangels Einigung nicht geschlossen wurde (vgl. hierzu Klückmann, in: Hauck, SGB V, K § 112 Rn. 39 m.N. zur Gegenansicht).

3.) Die Durchführung des Schiedsverfahrens ist jedenfalls von der Beigeladenen zu 1) wirksam beantragt worden, da diese Vertragspartei im Sinne des [§ 112 Abs. 3 SGB V](#) ist. Dem Schiedsverfahren stand auch nicht entgegen, dass über den vertraglich nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) zu regelnden Inhalt nach Ablauf des 31.12.2003 lediglich in einzelnen Fragen keine Einigung zwischen den Klägern und der Beigeladenen zu 1) erzielt worden war und sich die Beigeladene zu 1) mit den übrigen Beigeladenen sogar auf einen vollständigen Vertrag geeinigt hatte. Denn nach [§ 112 Abs. 3 SGB V](#) kann das Schiedsstellenverfahren auch dann beantragt werden, wenn der Vertrag nur teilweise nicht zustande kommt. Damit konnte es von der Beigeladenen zu 1) hinsichtlich der zwischen ihr und den Klägern streitigen Regelungen angerufen werden. Zutreffend waren die Beigeladenen zu 2) und 3) an dem Verfahren zu beteiligen. Denn auch sie wären an einer ihrer Einigung mit der Beigeladenen zu 1) widersprechenden Schiedsentscheidung gebunden gewesen, da der Vertrag, entgegen der Ansicht des SG, keine unterschiedliche Regelungen für die gemeinsam eine Vertragspartei bildenden L.verbände und (bis 30.06.2008 Verbände der) Ersatzkassen ([§ 112 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) enthalten darf. Es muss sich vielmehr um einen Vertrag handeln und nicht um lediglich in einem Dokument zusammengefasste verschiedene Verträge zwischen der Beigeladenen zu 1) und einzelnen der gemeinsam ihren Vertragspartner bildenden Verbänden bzw. Ersatzkassen.

Ob die Beigeladene zu 2) einen wirksamen Antrag stellen konnte, kann damit offenbleiben. Allerdings spricht viel dafür, dass die Beigeladene zu 2) aus den oben zur Klagebefugnis genannten Gründen, insbesondere der Verantwortung, die der Gesetzgeber den L.verbänden der Krankenkassen in Hinblick auf die administrative Abwicklung der Krankenhausbehandlung übertragen hat, auch allein befugt war, das Schiedsstellenverfahren zu beantragen. Insofern ist für die Auslegung bestehender Vorschriften zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber den L.verbänden nicht nur Regelungskompetenzen übertragen wollte, sondern ihnen auch - sofern (wie hier) nichts anderes geregelt ist - die nötigen Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung stellt, um die Kompetenzen wahrzunehmen (zur Auslegung von Schiedsamtverfahren betreffenden Regelungen Beier in JurisPK [§ 89 SGB V](#) Rn. 17). Andernfalls wären sie - wegen der Notwendigkeit eines gemeinsamen Vertrags - hilflos jeder Verzögerungstaktik anderer L.verbände ausgeliefert, was zu Lasten ihrer Versicherten ginge.

4.) Die gerügten Mängel des Zustandekommens des Schiedsspruchs in formeller Hinsicht greifen nicht durch. Entgegen der Ansicht der Kläger musste die Schiedsstelle nicht zunächst darauf hinwirken, dass die Kläger und die Beigeladenen zu 2) und 3) sich für die von ihnen gebildete Vertragspartei auf eine einheitliche Position einigen. Diese Einigung innerhalb einer Vertragspartei, (das sind hier alle L.verbände der gesetzlichen Krankenkassen), ist nicht Gegenstand des Schiedsverfahrens, weshalb die Schiedsstelle auch nicht - allein - zu diesem Zweck angerufen werden kann (vgl. oben). Auch außerhalb des Schiedsverfahrens gab es keine Verpflichtung zur Herbeiführung einer einheitlichen Verhandlungsposition, zu deren Herbeiführung den Klägern und den Beigeladenen zu 2) und 3) hätte Gelegenheit im von der Beigeladenen zu 1) beantragten Schiedsverfahren eingeräumt werden müssen. Gerade deswegen hat der Senat jeden einzelnen Landesverband für befugt gehalten, einen Antrag auf Tätigwerden der Schiedsstelle zu stellen und ggfs gegen die Entscheidung der Schiedsstelle um gerichtlichen Rechtsschutz nachzusuchen. Bis zum 31.12.2007 galt [§ 213 Abs. 2 S. 1 SGB V](#), der eine Einigung bei "gemeinsam und einheitlich zu treffenden Entscheidungen" vorsah. Soweit bei der Erfüllung der Aufgaben, die den L.verbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nach den [§§ 109 bis 111 SGB V](#) gemeinsam oblagen, eine Einigung ganz oder teilweise nicht zustande kam, erklärte [§ 123 SGB V](#) diese Vorschrift für entsprechend anwendbar, da die Aufgaben beim Abschluss von Versorgungsverträgen zwar gemeinsam, aber nicht einheitlich zu erfüllen waren. Nunmehr sieht zwar [§ 211a SGB V](#) eine Einigungspflicht bei "gemeinsam und einheitlich" zu treffenden Entscheidungen vor, doch gibt es keine [§ 123 SGB V](#) a.F entsprechende Verweisungsvorschrift mehr. Es kann offen bleiben, ob [§ 211a SGB V](#) dennoch auch weiterhin auf den Abschluss des Versorgungsvertrages und andere i.S.d. [§§ 109-111 SGB V](#) gemeinsam zu treffende Entscheidungen anzuwenden ist (Wahl, in: juris-PK SGB V [§ 109](#) Rn. 27). Denn hinsichtlich der Verträge nach [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) war bereits vor Ergehen des [§ 211a SGB V](#) ein solches Abstimmungsverfahren nicht vorgesehen. Das Gesetz spricht in [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) nur von gemeinsamen Verträgen, nicht aber wie in anderen Vorschriften von "gemeinsamen und einheitlichen Entscheidungen".

5.) Der Schiedsspruch ist auch nicht wegen eines Verstoßes gegen [§ 8 Abs. 1](#) und [Abs. 3 SchiedVO](#) rechtswidrig. Nach dieser Vorschrift soll die Schiedsstelle auf eine Einigung der Vertragsparteien hinwirken. Kommt eine Einigung nicht zustande, kann sie eine Frist setzen, innerhalb der sich die Vertragsparteien einigen können. Erklärt eine Vertragspartei, dass eine Einigung nicht möglich ist, kann von einer

Fristsetzung abgesehen werden. Den Vorgaben dieser Vorschrift hat die Beklagte entsprochen. Abgesehen davon, dass bereits die Beigeladenen zu 1) und 2) bei Antragstellung erklärt haben, eine Einigung sei nicht möglich, enthält § 8 Abs. 1 Satz 1 SchiedVO nur eine Sollvorschrift, die Ausmaß und Intensität der Bemühungen um eine Einigung in das Ermessen der Schiedsstelle legen. Anhaltspunkte für einen Ermessensfehlgebrauch durch die Schiedsstelle bestehen nicht. Wenn vorliegend die Verhandlung vor der Schiedsstelle über 5 Stunden gedauert hat, so zeigt dies nach den später nicht mehr bestrittenen Ausführungen des Vorsitzenden der Schiedsstelle - für den Senat überzeugend - das intensive Bemühen um eine einvernehmliche Regelung.

Verfahrensfehler hinsichtlich des Einigungsversuchs und des Vermittlungsvorschlags können die Vertragsparteien zudem im gerichtlichen Verfahren nicht mehr rügen, weil sie diese trotz Kenntnis nicht bei der nächsten mündlichen Verhandlung, die aufgrund des fehlerhaften Verfahrens stattgefunden hat, gerügt haben. Dies ergibt sich aus dem Rechtsgedanken der im sozialgerichtlichen Verfahren anwendbaren Vorschrift des [§ 295](#) der Zivilprozessordnung (ZPO), der auch im Schiedsverfahren gilt (BSG, Urteil vom 03.12.1980 - [6 RKa 1/78](#) -, veröffentlicht in Juris zu [§ 368h Abs. 1 RVO](#)). Danach kann die Verletzung einer das Verfahren und insbesondere die Form einer Prozesshandlung betreffenden Vorschrift, soweit die Beteiligten auf die Einhaltung verzichten können ([§ 295 Abs. 2 ZPO](#)), u.a. nicht mehr gerügt werden, wenn die Partei bei der nächsten mündlichen Verhandlung, die auf Grund des betreffenden Verfahrens stattgefunden hat oder in der darauf Bezug genommen ist, den Mangel nicht gerügt hat, obgleich sie erschienen und ihr der Mangel bekannt war oder bekannt sein musste. Den jetzt gerügten Verfahrensmangel hinsichtlich des Einigungsversuchs und des schriftlichen Vermittlungsvorschlags, auf die gemäß [§ 8 Abs. 1 Satz 2](#) und [Abs. 4 SchiedVO SGB V](#) verzichtet werden konnte, haben die Vertragsparteien in der Verhandlung vor der Schiedsstelle am 21.09.2005 wirksam geheilt. Die Fortsetzung der Verhandlung, die zum angefochtenen Schiedsspruch geführt hat, ist die "nächste mündliche Verhandlung" gewesen; sie hat "aufgrund des betreffenden Verfahrens" ([§ 295 Abs. 1 ZPO](#)) stattgefunden, denn durch die Ladung war bereits darauf hingewiesen worden, dass beabsichtigt sei, innerhalb der anberaumten Verhandlung Vermittlungsversuche vorzunehmen und im Falle des Scheiterns unmittelbar mündlich zu verhandeln. Aufgrund dieser Mitteilung mussten die Beteiligten, die erschienen waren, davon ausgehen, dass die Schiedsstelle nach weiterer Verhandlung eine Entscheidung treffen wollte, soweit eine Einigung im Rahmen der Verhandlung nicht erzielt werde. Eines ausdrücklichen Beschlusses über das Unterlassen des Vermittlungsvorschlags bedurfte es nicht. Der Verfahrensfehler war deshalb bereits zur Kenntnis der Beteiligten mit dem Eintritt in die Verhandlung eingetreten. Daran würde sich nichts ändern, wenn die Kläger trotzdem noch - ohne einen vernünftigen Grund - eine Fristsetzung für eine Einigung und einen nachfolgenden Vermittlungsvorschlag erwartet haben sollten. Die Beteiligten haben der bereits mit der Ladung angekündigten Vorgehensweise nicht widersprochen. Das Einverständnis mit dem mangelhaften Verfahren wird in [§ 295 Abs. 1 ZPO](#) nicht verlangt.

6.) Auch sonst sind Verfahrensverstöße nicht ersichtlich. An dem Verfahren waren alle nach dem damals geltenden Recht zu den Vertragsparteien gehörenden L.verbände beteiligt (vgl. [§ 207 Abs. 1](#) und [§ 212 Abs. 3 SGB V](#)). Die Verhandlung am 21.09.2005 wurde nicht-öffentlich geführt. Die Schiedsstelle war beschlussfähig ([§ 9 Abs. 1 SchiedVO](#)). Die Beteiligten hatten Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Beratung und Beschlussfassung erfolgten in Abwesenheit der Vertreter der Parteien ([§ 9 Abs. 1 SchiedVO](#)). Der Schiedsbeschluss ist jedem Beteiligten zugestellt worden.

III.

Soweit die Kläger einen inhaltlich neuen Schiedsspruch zu erreichen suchen, handelt es sich um ein Anfechtungs- und Neubeschreibungsbegehren gemäß [§ 54 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 131 Abs. 3 SGG](#). Mit ihren zuletzt noch verfolgten Begehren waren sie überwiegend erfolgreich.

1.) Schiedssprüche sind nur in eingeschränktem Umfang gerichtlicher Kontrolle zugänglich. Die Beschränkung der gerichtlichen Kontrolle berücksichtigt, dass die Schiedsstelle, deren Sprüche fehlende Vereinbarungen der zum Vertragsabschluss berufenen Vertragspartner ersetzen, eine weite Gestaltungsfreiheit haben. Dies trägt dem Wesen der Schiedssprüche Rechnung, die auf Interessenausgleich angelegt sind und Kompromisscharakter haben. Dementsprechend sind sie nur daraufhin zu überprüfen, ob sie die grundlegenden verfahrensrechtlichen Anforderungen und in inhaltlicher Hinsicht die zwingenden rechtlichen Vorgaben eingehalten haben. Mithin ist in formeller Hinsicht zu prüfen, ob die Schiedsstelle den von ihr zu Grunde gelegten Sachverhalt in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs ermittelt hat und der Schiedsspruch die Gründe für das Entscheidungsergebnis wenigstens andeutungsweise erkennen lässt. Die inhaltliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob der vom Schiedsspruch zu Grunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob die Schiedsstelle den ihr zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten, d.h. die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe beachtet hat (BSG, Urteil vom 16.07.2003 [B 6 KA 29/02 R](#) -, zu [§ 89 SGB V](#) m.w.N., veröffentlicht in Juris).

Als allgemeiner gesetzlicher Rahmen war vorliegend zu beachten, dass nach [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) die L.verbände der Krankenkassen und die (Verbände der) Ersatzkassen gemeinsam einerseits mit der L.Krankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land andererseits Verträge schließen, um "sicherzustellen", dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen. Das einzelne Krankenhaus ist dabei über einen mit den L.verbänden der Krankenkassen und den (Verbänden der) Ersatzkassen geschlossenen sog. Versorgungsvertrag nach [§ 109 SGB V](#) in die Versorgung der Versicherten eingebunden. Nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1](#), 2 SGB V sind vertraglich zu regeln, u.a. die Aufnahme und Entlassung der Versicherten (Satz 1 Nr. 1a), die Kostenübernahme und Abrechnung der Entgelte (Satz 1 Nr. 1b) sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (Satz 1 Nr. 2) zu regeln (BSG, Urteil vom 21.08.1996 - [3 RK 2/96](#) -, veröffentlicht in Juris). Über einen Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 SGB V](#) (KÜV) haben sich die Beteiligten ohne Inanspruchnahme der Beklagten geeinigt.

2.) a) Die angegriffene Regelung zu [§ 19 Abs. 2 Satz 2 KBV](#) ist materiell rechtswidrig.

[§ 19 Abs. 2 KBV](#):

Bei Beanstandungen sachlicher oder rechnerischer Art kann der Differenzbetrag verrechnet werden. Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sowie gegen die Art der Abrechnung können nur innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungszugang geltend gemacht werden. Voraussetzung für Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist außerdem die Durchführung des MDK-Überprüfungsverfahrens gemäß des Landesvertrages zu [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#), das innerhalb der Zahlungsfrist nach [Abs. 1](#) einzuleiten ist.

Die Regelungen des § 19 Abs. 2 Satz 2 und 3 KBV finden, anders als die Kläger vortragen, ihre Grundlage in [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#). [§ 112 Abs. 1 Nr. 1](#) b SGB V gibt eine Rechtsgrundlage, Fristen zu vereinbaren, deren Nichteinhaltung zum Verlust des verspätet geltend gemachten Anspruchs führen kann. Zur Abrechnung der Entgelte im Sinne von [§ 112 Abs. 1 Nr. 1](#) b SGB V gehören auch Zahlungsmodalitäten und die Festsetzung von Zahlungsfristen und Beanstandungsfristen. Das Gesetz gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass bezüglich dieses Tatbestandsmerkmals eine Beschränkung des Gestaltungsspielraums der Vertragspartner bestehen soll, andererseits ist davon auszugehen, dass der Gesetzgeber von den Vertragspartnern verlangt, angeordneten Gestaltungsaufgaben auch vollständig nachzukommen. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass für die Abrechnung von Honoraren von Vertragsärzten bei vergleichbar knappem Gesetzesauftrag ([§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#): die KV verteilt die Gesamtvergütung an die Vertragsärzte) vom BSG in ständiger Rechtsprechung Abrechnungsfristen und Abrechnungsausschlüsse anerkannt worden sind (BSG v. 27.6.2005 - [B 6 KA 19/04 R](#), Freudenberg in [JurisPK § 85 SGB V](#) Rn 124,125 m.w.N.). Warum hier grundsätzlich anderes gelten soll, ist nicht ersichtlich, zumal die Kläger ja ebenfalls Fristen bei der Abrechnung für grundsätzlich zulässig halten, nur eben längere Fristen für sachgerecht halten als die festgesetzten.

Die Regelungen in § 19 Abs. 2 KBV betreffen nicht die im KÜV einvernehmlich geregelte Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung i.S.d. [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#). Die umstrittenen Fristen des § 19 Abs. 2 Satz 2 und 3 KBV sind keine Vereinbarungen darüber, auf welchem Wege Meinungsverschiedenheiten zwischen Krankenhaus und Krankenkasse über die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung bereinigt werden sollen und welches Verfahren dabei einzuhalten ist (vgl. hierzu BSG, Großer Senat, Beschluss vom 25.09.2007, veröffentlicht in [Juris](#)). Sie regeln insbesondere nicht das Recht oder die Pflicht zur Durchführung des MDK-Überprüfungsverfahrens gemäß des Landesvertrags zu [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) und schränken die Zulässigkeit der Durchführung dieses Verfahrens nicht ein.

Eine gutachtliche Stellungnahme des MDK ist gemäß [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) bei Zweifeln über die Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung einzuholen. Hierzu sind die Krankenkassen verpflichtet (BSG, Urteile vom 20.11.2008 - [B 3 KN 4/08 KR R](#) - und vom 16.12.2008 - [B 1 KN 3/08 KR R](#) -, veröffentlicht in [Juris](#)). Eine Beschränkung dieser Pflicht darf weder durch Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 SGB V](#) noch durch einen einen solchen ersetzenden Schiedsbeschluss erfolgen. Unabhängig davon, dass das MDK-Überprüfungsverfahren kein zulässiger Gegenstand eines hier festgesetzten Inhalts eines Vertrags nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) sein kann, steht nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 22.04.2009 - [B 3 KR 24/07 R](#) -, veröffentlicht in [Juris](#)) die von Gesetzes wegen vorgesehene Prüfpflicht damit nicht zur Disposition der Krankenkassen. Gegen diese Pflicht verstoßen die Regelungen des § 19 Abs. 2 Satz 2 und 3 KBV auch nicht. Aus dem Regelungszusammenhang lässt sich klar erkennen, dass mit den dortigen Fristen nicht bestimmt werden sollte, dass die Einleitung und - weitere - Durchführung des im KÜV geregelten und zu regelnden Verfahrens nach Ablauf der genannten Fristen unzulässig wäre. Vielmehr regelt der Abs. 2 des § 19 KBV ausschließlich Beanstandungen von Rechnungen und Einwendungen gegen den damit geltend gemachten Vergütungsanspruch, auch als Grundlage von Erstattungsansprüchen.

b) Der an die Sechs-Monatsfrist in § 19 Abs. 2 Satz 2 KBV anknüpfende endgültige Einwendungsausschluss ist aber rechtlich im Hinblick auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit nicht vertretbar.

Nach § 19 Abs. 2 Satz 2 KBV können Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sowie gegen die Art der Abrechnung nur innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungszugang geltend gemacht werden. Diese Regelung besagt zum einen, dass die Art der Abrechnung innerhalb von sechs Monaten beanstandet werden muss und danach Einwendungen nicht mehr geltend gemacht werden können. Sie stellt damit eine Ausschlussfrist dar (vgl. auch BSG, Urteil vom 28.02.2007 - [B 3 KR 12/06 R](#) -, veröffentlicht in [Juris](#)).

Zum anderen bedeutet diese Regelung für Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung, dass innerhalb dieser Frist auch das erforderliche MDK-Überprüfungsverfahren (vgl. dazu unten) abgeschlossen sein muss, da insoweit Einwendungen erst nach Abschluss des Verfahrens erhoben werden können. Dies ergibt sich eindeutig aus dem Zusammenhang mit Satz 3, der bestimmt, dass die Durchführung dieses Verfahrens Voraussetzung für - in der in Satz 2 bestimmten Frist - zu erhebende Einwendungen ist. Dafür, dass Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung erst nach Abschluss des Überprüfungsverfahrens erhoben werden können, spricht insbesondere auch, dass Einwendungen insoweit von den Krankenkassen nicht aufgrund eigener Sachkompetenz gemacht werden dürfen. Diese haben eine Prüfung durch den MDK zu veranlassen und können nicht verlangen, dass die Behandlungsunterlagen der Versicherten durch eigene Mitarbeiter eingesehen und ausgewertet werden (BSG, Urteil vom 28.02.2007 - [B 3 KR 12/06 R](#) -, veröffentlicht in [Juris](#)). Auch die Auslegung dahingehend, dass bereits auf der Grundlage vorläufiger Einschätzungen des MDK Einwendungen erhoben werden könnten, widerspricht nicht nur der Praxis, sondern ist vor dem Hintergrund auszuschließen, dass die mit der Frist beabsichtigte Beschleunigung und Haushaltssicherheit damit nicht erreicht werden könnten. Die Regelung würde sich darauf beschränken, dass innerhalb von sechs Monaten aufgrund von vorläufigen Einschätzungen vorläufige Einwendungen erhoben werden müssten, um dem Einwendungsausschluss zu entgehen, womit, worauf die Kläger zu Recht hinweisen, das Verfahren nur zusätzlich aufgebläht würde. Dass der Einwendungsausschluss auch eingreift, wenn Einwendungen noch nicht erhoben werden können, weil das Prüfverfahren noch nicht abgeschlossen ist, ergibt sich insbesondere auch aus der Begründung der Schiedsstelle, in der auf § 14 Abs. 2 des Landesvertrages in Thüringen Bezug genommen wird, wonach bei Zweifeln an der Behandlungsnotwendigkeit oder der korrekten Abrechnung die Krankenkassen verpflichtet sind, die Prüfung durch den MDK unverzüglich herbeizuführen. Ergibt die durchgeführte Prüfung, dass die Behandlung nicht notwendig war, darf der sich insoweit ergebende Betrag verrechnet werden. Die Verrechnung muss aber innerhalb von sechs Monaten ab Fälligkeit erfolgen.

Die so auszulegende Regelung ist mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 2 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 4 Abs. 3](#), [§ 12 SGB V](#)) nicht zu vereinbaren, da sie die Krankenkassen verpflichtet, auch Vergütungen für nicht notwendige Krankenhausbehandlungen zu zahlen, auf die kein Anspruch besteht. Ein Anspruch auf Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) setzt u.a. voraus, dass die Behandlung notwendig bzw. erforderlich war (BSG, Urteil vom 22.06.2010 - [B 1 KR 1/10 R](#) -, veröffentlicht in [Juris](#)). Auch die Einführung des Diagnose orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser hat grundsätzlich an der Pflicht der Krankenkassen nichts geändert (vgl. hierzu unten), stationäre Krankenhausbehandlung nur im Falle ihrer positiv festzustellenden Erforderlichkeit zu vergüten (BSG, Urteil vom 30.06.2009 - [B 1 KR 24/08 R](#) -, veröffentlicht in [Juris](#)). Der endgültige Einwendungsausschluss des § 19 Abs. 2 Satz 2 KBV führt damit zur Verpflichtung, auch Vergütungen zu begleichen oder Erstattungsansprüche nicht geltend zu machen, obwohl der in Rechnung gestellte

Betrag bzw. bereits beglichene Betrag ganz oder teilweise nicht geschuldet ist. Dies widerspricht grundsätzlich dem Gebot der Wirtschaftlichkeit.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 SGB V](#) besagt, dass von der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstattende und von den Leistungserbringern zu erbringende Leistungen "ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein (müssen); sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen". Es verknüpft die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung, ihre Vergütung und die Kontrolle des Vorliegens ihrer Voraussetzungen durch Krankenkassen und MDK untrennbar miteinander. Das Prüfverfahren dient dabei in besonderer Weise der Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots, welches uneingeschränkt auch im Bereich des Leistungserbringungsrechts gilt ([§ 70 Abs. 1 SGB V](#)). Es basiert in diesem Sinne auf der gesetzlichen Pflicht einerseits der Krankenkassen, nur solche Leistungen zu bewilligen, und andererseits der Krankenhäuser, nur solche Leistungen zu bewirken, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) verpflichtet die Krankenkassen, eben diese Voraussetzungen zu überprüfen und hierzu ggf. den MDK einzuschalten (BSG, Urteil vom 22.6.2010 - [B 1 KR 29/09 R](#)).

c) Eine Rechtfertigung der hier vorliegenden Abweichung vom Wirtschaftlichkeitsgebot lässt sich nicht aus der Sonderrechtsbeziehung der Vertragspartner ableiten. Nach der Rechtsprechung des BSG verpflichten die Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in partnerschaftlicher Weise zu gegenseitiger Rücksichtnahme nach dem Grundsatz von Treu und Glauben. Diese Sonderrechtsbeziehung kann auch wechselseitig bestehende Ansprüche begrenzen (vgl. BSG, SozR 4-2500 § 109; BSG, Urteil vom 17.12.2009 - [B 3 KR 12/08 R](#) -, veröffentlicht in Juris). Vor diesem Hintergrund kann ein Krankenhaus an der nachträglichen Erhöhung einer zunächst fehlerhaft zu niedrig erstellten Abrechnung gegenüber der Krankenkasse gehindert sein, ebenso wie umgekehrt Ansprüche einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus aus Anlass der Rückzahlung zu viel gezahlter Vergütung betragsmäßig begrenzt sein können (BSG, Urteil vom 08.09.2009 - [B 1 KR 8/09 R](#) -, veröffentlicht in Juris). Das BSG hat im Zusammenhang mit der Aufwandpauschale des [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) nochmals dargelegt, dass Begrenzungen der gegenseitigen Ansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen ihre Rechtfertigung allein in der zwischen diesen bestehenden, zu gegenseitiger Rücksichtnahme nach dem Grundsatz von Treu und Glauben verpflichtenden Sonderrechtsbeziehung finden (BSG, Urteil vom 22.06.2010 - [B 1 KR 1/10 R](#) -, veröffentlicht in Juris).

(c1) Art der Abrechnung Ausgehend von diesen Grundsätzen, die sich der Senat zu eigen macht, lässt es sich nicht rechtfertigen, hier allein der Krankenkasse das Risiko eines durch Zeitablauf eintretenden Einwendungsausschlusses im Falle einer fehlerhaften Abrechnung des Krankenhauses aufzuerlegen. Ein Verstoß gegen Treu und Glauben, weil sich das Krankenhaus auf eine Prüfung nicht mehr einstellen kann und muss, kann dabei jedenfalls nicht grundsätzlich Einwände der Krankenkassen gegen die Art der Abrechnung bereits nach sechs Monaten ausschließen. Diese Überprüfung kann, anders als bei der Frage von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung, auch noch geraume Zeit nach Abschluss der jeweiligen stationären Behandlungen anhand vorliegender Unterlagen und Dokumentationen sachgerecht vorgenommen werden, ohne dass die Gefahr einer Verschlechterung der Beweislage des Krankenhausträgers besteht. Hierbei ist es ohne Belang, dass die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung ärztlichen Sachverstand erfordert. Maßgebend ist vielmehr, dass es in solchen Fällen auf die anschauliche Erinnerung des behandelnden Krankenhausarztes nicht ankommt (BSG, Urteil vom 28.02.2007 - [B 3 KR 12/06 R](#) -, veröffentlicht in Juris). Dementsprechend trifft auch der KBV bei Beanstandungen hinsichtlich der Art der Abrechnung keine Differenzierung hinsichtlich der Frist für die Einleitung einer Prüfung.

Insoweit ist auch zu berücksichtigen, dass ein Krankenhaus, das mit der Korrektur seiner Schlussrechnung nicht nach Treu und Glauben ausgeschlossen ist, wenn die Schlussrechnung mit einem ausdrücklichen bzw. sinngemäßen Vorbehalt versehen war oder die Rechnungsänderung der Korrektur eines offen zutage liegenden Fehlers dient (vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 19), darüber hinaus auch dann weiterhin zur Korrektur befugt ist, wenn sein Interesse an der Fehlerkorrektur das der Krankenkasse am endgültigen Verfahrensabschluss überwiegt. Das wird im Regelfall zu bejahen sein, wenn der nachgeforderte Betrag den Kostenaufwand der Krankenkasse für die zusätzliche Prüfung übersteigt und die Einleitung eines Korrekturverfahrens auch im Verhältnis zur ursprünglichen Rechnungssumme rechtfertigt; dann muss die Krankenkasse die Zusatzbelastung im Interesse des Krankenhauses hinnehmen (BSG, Urteil vom 17.12.2009 - [B 3 KR 12/08 R](#) -, veröffentlicht in Juris). Dies ist anzunehmen, wenn der Nachforderungsbetrag erstens den Wert der Aufwandspauschale des [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) und mindestens 5 % des ursprünglichen Rechnungsbetrages erreicht (BSG, Urteil vom 17.12.2009 - [B 3 KR 12/08 R](#) -, veröffentlicht in Juris). Eine korrekturbedingte Nachforderung kann allerdings dann gegen Treu und Glauben verstoßen, wenn sie nicht mehr zeitnah, insbesondere nicht innerhalb des laufenden Haushaltsjahres der Krankenkasse, sondern mehr als zwei Jahre nach Übersendung und Bezahlung der ersten Rechnung erfolgt. Denn die Krankenkassen müssen es nicht hinnehmen, dass Krankenhäuser innerhalb der Verjährungsfristen durch Nachforderungen trotz erteilter Schlussrechnung ihre Abrechnung nachträglich optimieren (BSG, Urteil vom 08.09.2009 - [B 1 KR 11/09 R](#) -, veröffentlicht in Juris).

Damit kann die Korrektur eines dem Krankenhaus im Einzelfall unterlaufenen Abrechnungsfehlers aber jedenfalls noch innerhalb eines laufenden Haushaltsjahres bzw. zeitnah verlangt werden, wenn dessen - näher bestimmtes - Interesse an der Fehlerkorrektur das der Krankenkasse am endgültigen Verfahrensabschluss überwiegt (BSG, Urteil vom 17.12.2009 - [B 3 KR 12/08 R](#) -, veröffentlicht in Juris). Dementsprechend kann es aber der Krankenkasse nach Treu und Glauben zumindest nicht einseitig nach Ablauf von sechs Monaten grundsätzlich verwehrt sein, einen dem Krankenhaus zu ihrem Nachteil unterlaufenden Fehler unter entsprechenden Voraussetzungen (Zahlung unter Vorbehalt der Nachprüfung, offen zutage liegender Fehler, Höhe des Erstattungsanspruchs) zu korrigieren.

Auch das Beschleunigungsgebot kann aus diesen Gründen den hier gegebenen Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot nicht rechtfertigen. Zunächst erscheint es zweifelhaft, dass der einseitige Ausschluss der Korrektur von Fehlern zu Lasten der Krankenkassen, solange Abrechnungsfehler von Seiten des Krankenhauses noch korrigiert werden können, dem Beschleunigungsgebot, das einen zeitnahen und endgültigen Abschluss des Abrechnungsverfahrens fordert, entsprechen kann. Zum anderen dient dieses Gebot aber dem Interesse beider Vertragspartner an finanzieller Planungssicherheit und kann schon deswegen einen einseitigen Ausschluss nachträglicher Rechnungskorrekturen nicht rechtfertigen.

(c2) Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung und ihrer Dauer. Ausgehend von den oben genannten Grundsätzen lässt es sich auch nicht rechtfertigen, allein den Krankenkassen das Risiko aufzuerlegen, dass eine berechnete, durch Fehlverhalten des Krankenhauses erforderlich gewordene, rechtzeitig eingeleitete Prüfung nicht innerhalb von sechs Monaten abgeschlossen worden ist. Die gänzliche Ausklammerung

des Gesichtspunkts, dass ein Leistungserbringer wie das Krankenhaus selbst Gründe für die berechtigte Einleitung eines Prüfverfahrens gesetzt hat, widersprüche in besonderem Maße den seit jeher bestehenden bereichsspezifischen Besonderheiten in den Leistungsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus, welche durch eine ständige professionelle Zusammenarbeit innerhalb eines dauerhaften Vertragsrahmens geprägt sind. Mit dem das Rechtsverhältnis zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern prägenden Prinzipien (vgl. oben 2. b) ist es unvereinbar, dass Krankenhäuser den Krankenkassen gegenüber ohne eigenes finanzielles Risiko nicht notwendige Leistungen abrechnen könnten, während die zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit verpflichteten Krankenkassen selbst bei Nachweis der fehlenden Notwendigkeit mit Einwendungen gegen die Abrechnung ausgeschlossen und zur Zahlung verpflichtet wären (vgl. BSG im Urteil vom 22.06.2010 - [B 1 KR 1/10 R](#) -, zur Aufwandpauschale, veröffentlicht in Juris).

Der Einwendungsausschluss, der auch bei Beachtung der Pflichten nach dem KÜV und nach [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) allein durch Zeitablauf eintritt, lässt sich auch insoweit nicht mit den für Einwendungsausschlüsse aus dem Gebot von Treu und Glauben abgeleiteten Grundsätzen oder im Hinblick auf eine Vertragsverletzung, insbesondere aufgrund eines Verstoßes gegen das vertragsimmanente und auch in [§ 275 SGB V](#) verankerte Beschleunigungsgebot (BSG, Urteil vom 28.09.2006 - [B 3 KR 23/05 R](#) -, veröffentlicht in Juris) rechtfertigen.

Weder im Gesetz noch im hier maßgeblichen KÜV ist für den Abschluss des Prüfungsverfahrens eine Frist vorgesehen.

Ein Verstoß gegen Treu und Glauben könnte hier nur dann angenommen werden, wenn eine längere Überprüfungsdauer den Krankenhäusern im Hinblick auf eine verschlechterte Beweissituation nicht zumutbar und von den Krankenkassen vermeidbar wäre. Es ist schon fraglich, ob sich die Verzögerung der Durchführung eines rechtzeitig eingeleiteten Prüfungsverfahrens unabhängig davon, in welchem Verfahrensstadium diese eintritt, regelmäßig nachteilig auf die Sachverhaltsaufklärung auswirkt. Jedenfalls kann aber nicht davon ausgegangen werden, dass die Krankenkassen bei Einhaltung des gebotenen Verfahrens die Überschreitung vermeiden können (vgl. unten zum Beschleunigungsgebot). Denn es spricht nichts dafür, dass eine längere Dauer des Prüfverfahrens als sechs Monate nach Rechnungsstellung auch dann regelmäßig auf Fehlverhalten der Krankenkassen zurückzuführen ist, wenn sie das Verfahren rechtzeitig eingeleitet haben. Am weiteren Prüfverfahren sind sie nicht mehr maßgeblich beteiligt. Sie sind insoweit vielmehr auf ein Tätigwerden des MDK angewiesen (BSG, Urteil vom 28.02.2007 - [B 3 KR 12/06 R](#) -, veröffentlicht in Juris; vgl. auch unten zum Beschleunigungsgebot).

Auch wenn, worauf das SG zutreffend hinweist, sich das Krankenhaus seinerseits auf den Einwendungsausschluss nach Treu und Glauben nicht berufen kann, wenn die Verzögerung auf Verstößen des Krankenhauses selbst gegen das Beschleunigungsgebot und Pflichten nach dem KÜV oder [§ 275 SGB V](#) beruht, müssten die Krankenkassen ihrerseits Einwendungen gegen den vertraglichen Einwendungsausschluss erheben und tragen das Risiko der Nachweisbarkeit einer Pflichtverletzung. Zudem bliebe es bei der Zahlungsverpflichtung, soweit Verzögerungen von keinem Vertragspartner verschuldet wurden, sondern unvermeidbar waren oder dem MDK anzulasten sind, dessen Fehlverhalten ihnen nicht zuzurechnen ist. Hierzu hat das BSG im Urteil vom 28.09.2006 ([B 3 KR 23/05 R](#) -, veröffentlicht in Juris) ausgeführt: Die Voraussetzungen einer Verschuldenszurechnung analog [§ 278 BGB](#) liegen nicht vor. Die Krankenkassen sind nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) zwar verpflichtet, die Notwendigkeit und Dauer einer bevorstehenden, andauernden oder abgeschlossenen Krankenhausbehandlung durch den MDK begutachten zu lassen, wenn dies gemäß der Einschätzung der Krankenkasse nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Damit wird der MDK aber im Verhältnis zum Krankenhaus bzw. dessen Träger nicht zum Organ, Vertreter oder Erfüllungsgehilfen der Krankenkassen. Es ist entscheidend, dass der MDK bei der ihm obliegenden Prüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung nicht im Pflichtenkreis der Krankenkassen, sondern in einem eigenen Pflichtenkreis tätig wird ([BGHZ 123, 1, 14](#); Palandt/Heinrichs, BGB, 65. Aufl. 2006, [§ 278 RdNr. 7 und 12 ff.](#) m.w.N.). Die Aufgaben des MDK und die ihm dabei zustehenden Rechte und Pflichten im Verhältnis zu den Krankenkassen, den Krankenhäusern, den anderen Leistungserbringern sowie den Versicherten sind in den [§§ 275, 276 und 277 SGB V](#) gesetzlich geregelt und dort als eigener Pflichtenkreis ausgestaltet. Der MDK ist zwar eine von den Krankenkassenverbänden im jeweiligen Land gemeinsam getragene Arbeitsgemeinschaft ([§ 278 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)), die als rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts verfasst ist ([§ 278 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Organe des MDK sind der aus Vertretern der Kassen gewählte Verwaltungsrat und der Geschäftsführer ([§§ 279, 280 SGB V](#)). Die an der Arbeitsgemeinschaft als Mitglieder beteiligten Krankenkassenverbände einerseits und die Pflegekassen andererseits tragen auch die Kosten des MDK je zur Hälfte ([§ 281 Abs. 1 SGB V](#)), sind aber ansonsten - bis auf die Vertreterversammlung ([§ 279 Abs. 2 SGB V](#)) - mit dem MDK als juristischer Person des öffentlichen Rechts nicht organisatorisch oder rechtlich verbunden. Insbesondere besteht kein allgemeines Aufsichtsrecht der Krankenkassen gegenüber dem MDK oder dessen Mitarbeitern. Der MDK unterliegt auch keinem Weisungsrecht der Krankenkassen im Einzelfall, was allein im Übrigen eine Stellung als Erfüllungsgehilfe ebenfalls nicht begründen würde ([BGHZ 62, 119, 124](#); BGH [NJW 1996, 451](#); Palandt/Heinrichs, aaO, [RdNr. 7](#)). Der MDK untersteht vielmehr der Aufsicht der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörde des Landes, in dem er seinen Sitz hat ([§ 281 Abs. 3 SGB V](#)). Die Krankenkassen bzw. deren Verbände und der MDK unterliegen damit der Aufsicht derselben Verwaltungsbehörde des Landes (Hess in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand August 2001, [§ 281 SGB V RdNr. 4](#)). Die Fachaufgaben des MDK werden von Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe wahrgenommen, wobei vorrangig Gutachter und Sachverständige zu beauftragen sind ([§ 279 Abs. 5 SGB V](#)). Die Ärzte des MDK sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen ([§ 275 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#)). Es fehlt somit an jeglichem Zurechnungsgrund dafür, etwaige Fehler des MDK bei der Aufgabenerledigung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) den Krankenkassen anzulasten.

d) Eine Rechtfertigung der Abweichung vom Gebot der Wirtschaftlichkeit lässt sich schließlich auch hier nicht dem Beschleunigungsgebot entnehmen. Denn bei Überschreiten der Sechs-Monate-Frist kann nicht - regelmäßig - ein Verstoß gegen das in [§ 275 SGB V](#) verankerte und den Verträgen nach [§ 112 SGB V](#) immanente Beschleunigungsgebot angenommen werden. Dies schon deshalb nicht, weil sich die Krankenkassen, die innerhalb der hierfür maßgeblichen Frist, d.h. bis zum Ablauf der Zahlungsfrist des in Rechnung gestellten Betrags ein Prüfungsverfahren ordnungsgemäß eingeleitet haben, (das - für die Zeit ab dem 01.04.2007 - auch innerhalb der Frist des [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) dem Krankenhaus angezeigt worden ist) die Dauer dieses Verfahrens nicht mehr in der Hand haben. Die Frist von fünf Monaten für den Abschluss des Prüfverfahrens nach Einleitung, deren Versäumnis zu Lasten der Krankenkassen geht, ist daher auch nicht geeignet, eine Beschleunigung der Verfahrensdurchführung zu bewirken. Die Krankenkassen, die aufgrund der Regelung ein gesteigertes Interesse an der zügigen Durchführung haben, haben nach rechtzeitiger Einleitung keinen maßgeblichen Einfluss mehr auf die Verfahrensdauer. Für die Krankenhäuser schafft sie offensichtlich keinen Anreiz zu einer möglichst schnellen und umfassenden Mitwirkung und für den MDK enthält sie weder eine verbindliche Verpflichtung zur Einhaltung der streitigen Frist noch eine Sanktionierung. Auch der KÜV enthält keine den MDK verpflichtende Regelungen, wobei dies wohl auch nicht ohne eine, im Rahmen der Verträge des [§ 112 Abs. 2 SGB V](#) nicht vorgesehene, vertragliche Einbeziehung des MDK rechtlich möglich wäre. Das BSG hat insoweit ausgeführt, dass eine Ermächtigung der L.verbände der

Krankenkassen bzw. der Verbände der Ersatzkassen, mit der L.Krankenhausgesellschaft in Verträgen nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) Regelungen wie im KÜV über die Art und Weise der Vorbereitung und Durchführung der Begutachtung durch den insoweit unabhängigen MDK zu vereinbaren, die über die in den [§§ 275 ff. SGB V](#) vorgesehenen Rechte und Pflichten des MDK hinausgehen, zudem zweifelhaft erscheine, weil der MDK nach dem Gesetz an diesen Verträgen weder vorbereitend noch als Vertragspartner beteiligt sei und die Verträge nach [§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) nur für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich seien; der MDK sei in dieser Vorschrift nicht erwähnt (BSG, Urteil vom 28.09.2006 - [B 3 KR 23/05 R](#) -, veröffentlicht in Juris).

Der Senat verkennt dabei nicht, dass der Gesetzgeber in [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) die Frist für den Ausschluss der Zulässigkeit des MDK-Verfahrens auch an eine Handlung des MDK, nämlich die Anzeige des Verfahrens durch diesen gegenüber dem Krankenhaus geknüpft hat. Indessen ist der in dieser Weise gesetzlich geregelte Sachverhalt nicht mit den hier zu beurteilenden Handlungsabläufen zu vergleichen. Während in dem einen Fall der Prüfung von Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ein meist höchst komplexer und auch bei guter Dokumentation schwer zu beurteilender medizinischer Sachverhalt erst ermittelt und danach von Gutachtern mit entsprechenden Spezialkenntnissen bewertet werden muss, ist im anderen Fall der Anzeige eines Prüfungsverfahrens durch den MDK nicht mehr erforderlich als eine gut funktionierende Büroeinheit. Die Umsetzung von [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) erfordert lediglich die Weitergabe einer Information durch den MDK; mehr wird von ihm in diesem Verfahrensstadium nicht verlangt. Dem Krankenhaus muss (zur Verhinderung von Vertrauensschutz) lediglich die Kenntnis vermittelt werden, dass die Krankenkasse eine Abrechnungsprüfung beantragt hat und der MDK von seiner Beauftragung informiert ist. Die Dauer des Informationsvorgangs lässt sich dabei für die Krankenkasse gut im Voraus einschätzen und verkürzt den gesetzlichen Rahmen von 6 Wochen nur unwesentlich, während es im Falle der ärztlichen Begutachtung nach aller Erfahrung nicht möglich sein wird, den voraussichtlichen Zeitaufwand zuverlässig einzuschätzen.

Erst recht haben die Krankenkassen keinen Einfluss darauf, dass die erforderliche Mitwirkung der Krankenhäuser nicht zu - von diesen verschuldeten oder auch ohne Verschulden entstandenen - Verzögerungen führt. Nach [§ 276 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sind die Krankenkassen zwar verpflichtet, dem MDK die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. In Abs. 2 Satz 1 Halbsatz 2 dieser Regelung ist klargestellt, dass u.a. Krankenhäuser bei Veranlassung einer gutachtlichen Stellungnahme oder Prüfung durch den MDK nach [§ 275 Abs. 1 bis 3 SGB V](#) verpflichtet sind, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist. Daraus hat das BSG hergeleitet, dass die Krankenkasse vom Krankenhaus die Herausgabe von Behandlungsunterlagen an den MDK für die im Gesetz genannten Zwecke beanspruchen und ggf. im Klageweg durchsetzen kann ([BSGE 98, 142](#)). Aber auch unter Berücksichtigung des vorläufigen Rechtsschutzes wird die ggf. gerichtliche Durchsetzung dieses Anspruchs die Einhaltung der vertraglichen Frist nicht gewährleisten. Insofern ist auch zu berücksichtigen, dass der Einwendungsausschluss auf der Seite der Krankenhäuser sicher keinen positiven Anreiz für eine zügige Mitwirkung darstellt.

Damit ist es aber vor diesem Hintergrund auch mit dem Beschleunigungsgebot nicht zu rechtfertigen und daher mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht zu vereinbaren, dass die Krankenkassen den Krankenhäusern Vergütungen für nicht notwendige Krankenbehandlungen zahlen müssen, wenn sie nicht aufgrund ihres eigenen Fehlverhaltens Einwendungen nicht - mehr - erheben können. Ebenso dürfen Erstattungsansprüche, die sich aus dem Ergebnis eines rechtzeitig eingeleiteten und angezeigten Verfahrens ergeben, nicht allein durch den Ablauf von sechs Monaten ausgeschlossen werden. Dies gilt entsprechend dem oben Dargelegten jedenfalls dann, wenn es - wie hier - den Krankenhäusern unbenommen bleibt, Abrechnungen nach Ablauf von sechs Monaten - unter den dargestellten Voraussetzungen - nachträglich zu korrigieren und im laufenden Haushaltsjahr ggf. bis zum Eintritt der Verjährung Nachvergütungen geltend zu machen. Insofern gelten die Ausführungen des BSG zur einseitigen Pflicht zum pauschalen Ausgleich des Aufwandes (BSG, Urteil vom 22.06.2010 - [B 1 KR 1/10 R](#) -, veröffentlicht in Juris) für den einseitigen Ausschluss nachträglicher Abrechnungskorrekturen entsprechend. Besonders deutlich wird die Einseitigkeit der Regelung in dem Fall, in dem die MDK-Prüfung nach Ablauf von sechs Monaten ergibt, dass dem Krankenhaus tatsächlich eine noch höhere Vergütung zusteht und dieses grundsätzlich nicht gehindert ist, auf der Grundlage des - verspätet - abgeschlossenen Verfahrens eine Nachvergütung zu fordern.

Damit führt der mit Ablauf von sechs Monaten nach Rechnungszugang eintretende einseitige Ausschluss nachträglicher Abrechnungskorrekturen im Hinblick auf das Wirtschaftlichkeitsgebot zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Belastung und Ungleichbehandlung der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und der sie finanziell tragenden Beitragszahler und ist auch mit den aufgrund des Beschleunigungsgebots hinzunehmenden Detailungerechtigkeiten im Einzelfall nicht zu rechtfertigen, soweit diese nur zu Lasten der einen Seite gehen (BSG im Urteil vom 22.06.2010 - [B 1 KR 1/10 R](#) -, veröffentlicht in Juris).

e) Darauf, ob es jedenfalls aktuell in der Regel möglich ist, das Verfahren innerhalb von etwa fünf Monaten nach einer 30 Tage nach Rechnungseingang erfolgten Einleitung abzuschließen, kommt es damit nicht entscheidend an. Ebenso stellt sich damit nicht die Frage, ob eine ggf. vorliegende Verfahrensbeschleunigung tatsächlich, wie die Kläger vortragen, auf die hier streitige Regelung, wenn auch gegen den Preis personeller Aufstockung und der damit verbundenen Kosten, zurückzuführen ist oder ihre Ursache in der der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems hat. Der Gesetzgeber ging jedenfalls für den Regelfall davon aus, dass die bisherige Prüfung der Verweildauer, wie sie im Regime der Abrechnung der Krankenhausvergütung nach der Bundespflegesatzverordnung geboten war, mit der Einführung des DRG-Fallpauschalensystems grundsätzlich keine sachliche Bedeutung mehr habe, sondern nur noch bei Abrechnung von tagesbezogenen Pflegesätzen (Gesetzesentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz-FPG) [BT-Drucks. 14/6893 S. 33](#) f. zu Art. 2 Nr. 5 (§ 17c KHG) zu Abs. 1).

f) Auch der Rechtsgedanke von [§ 814 BGB](#) kann hier nicht zur Rechtfertigung herangezogen werden. § 19 Abs. 2 Satz 2 KBV wird allerdings in der Regel den Ausschluss eines Erstattungsanspruchs betreffen. Denn die Einleitung des Prüfungsverfahrens hindert nicht die Fälligkeit und grundsätzliche Zahlungspflicht, solange substantiierte Einwände gegen den Vergütungsanspruch - noch - nicht erhoben werden können, so dass die Krankenkassen auf Erstattungsansprüche verwiesen werden, mit denen sie gegen spätere Vergütungsansprüche aufrechnen können. Das BSG hat die, wie hier, in vielen Landesverträgen zu [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) vereinbarte Regelung, dass die Krankenkassen die Rechnungen innerhalb von 14 bzw. hier: 30 Tagen nach Rechnungseingang zu begleichen haben, stets dahingehend ausgelegt, dass die Fälligkeit nach Ablauf der Zahlungsfrist unabhängig davon eintritt, ob ein Prüfverfahren zur Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung noch eingeleitet werden soll oder ein solches noch nicht abgeschlossen ist, und dass die Krankenkasse in derartigen Fällen zur Zahlung verpflichtet ist, ohne das Ergebnis des Prüfverfahrens abwarten zu dürfen (BSG, Urteil vom 30.06.2009 - [B 1 KR 24/08 R](#) -; Urteil vom 28.09.2006 - [B 3 KR 23/05 R](#) - m.w.N., veröffentlicht in Juris).

Die Regelung des § 19 Abs. 2 Satz 2 KBV lässt sich damit im Zusammenhang mit der Anwendbarkeit des [§ 814 BGB](#) im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs sehen, von der das BSG (BSG, Urt. v. 28.09.2006 - [B 3 KR 20/05 R](#) -; Urt. v. 12.06.2008 - [B 3 KR 19/07 R](#) -, jeweils veröffentlicht in Juris) ausgeht (kritisch hierzu: Freudenberg, in: jurisPR-SozR 6/2009 Anm. 3, der darauf hinweist, dass doch die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung [§ 814 BGB](#) bei der Rückabwicklung öffentlich-rechtlicher Schuldverhältnisse mit der nachvollziehbaren Begründung für unanwendbar hält, da die öffentliche Hand im Hinblick auf den Grundsatz der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung ohne Rechtsgrund eingetretene Vermögensverschiebungen beseitigen müsse, um den rechtmäßigen Zustand wiederherzustellen. Die Erstattungspflicht des Bereicherten entfalle daher unabhängig von der Wertung des [§ 814 BGB](#) nur dann, wenn sein Vertrauensschutzinteresse dieses öffentliche Interesse überwiege; unter Hinweis auf ThüringerOVG, Urt. v. 17.12.2002 - [2 KO 701/00 - NVwZ-RR 2003, 830](#); Hessisches VGH, Urt. v. 17.07.1990 - [NJW 1991, 510](#)). Nach [§ 814 BGB](#) kann das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete aber nur dann nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war, oder wenn die Leistung einer sittlichen Pflicht oder einer auf den Anstand zu nehmenden Rücksicht entsprach. Das Kennen der Nichtschuld wird im Falle der rechtzeitigen Einleitung des Überprüfungsverfahrens außer Betracht bleiben können. Ebensowenig erfolgt die Vergütung in den hier zu betrachtenden Fällen aufgrund einer Rücksichtnahmepflicht, sondern regelmäßig aufgrund der Fälligkeit des - mutmaßlichen - Vergütungsanspruchs.

Die Regelung führt damit zu einem verschuldensunabhängigen Einwendungsausschluss, durch den auch eine gerichtliche Kontrolle in der Sache ausgeschlossen wird. Die so verstandene Regelung findet, wie dargelegt, keine Rechtfertigung; sie überschreitet wegen Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot die Dispositionsfreiheit der Vertragsparteien und war damit auch kein zulässiger Inhalt der Schiedsentscheidung.

g) Insofern wird bei der Neubescheidung hinsichtlich der Regelungen des § 19 Abs. 2 Satz 2 KBV das "Prinzip der Waffengleichheit" (BSG, Urteil vom 17.12.2009 - [B 3 KR 12/08 R](#) -, veröffentlicht in Juris) bei Ausschluss nachträglicher Abrechnungskorrekturen zum Zwecke der Beschleunigung stärker zu berücksichtigen sein, zumal es zunächst grundsätzlich im Verantwortungsbereich der Krankenhäuser liegt, ihrer Pflicht zu einer zeitnahen korrekten Abrechnung nachzukommen. Ob vor diesem Hintergrund ein - vor Eintritt der Verjährung - durch bloßen Zeitablauf entstehender Einwendungsausschluss zu Lasten der Krankenkassen, die, wie dargelegt, die Dauer des Prüfungsverfahrens nicht in der Hand haben, bereits dann zu rechtfertigen ist, wenn nach Ablauf der gleichen Frist auch Nachforderungen des Krankenhauses ausgeschlossen sind, bedarf hier keiner abschließenden Entscheidung.

Das Verfahren der Geltendmachung von Einwendungen gegen die Richtigkeit von Krankenhausabrechnungen ist durch drei Verfahrensabschnitte gekennzeichnet. Zunächst ist innerhalb der Frist des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) über den MDK den Krankenhäusern die beabsichtigte Prüfung anzuzeigen, sodann hat der MDK seine Prüfung durchzuführen, damit in einem letzten Schritt die Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus Einwendungen gegen die konkrete Rechnungshöhe geltend machen kann. Es bestehen nach Auffassung des Senats keine Bedenken dagegen, für den letzten Verfahrensschritt den Krankenkassen eine Handlungsfrist (ab dem Zeitpunkt, zu dem ihr alle Informationen vorliegen, also regelmäßig vom Eingang des MDK-Gutachtens an, bis zur konkreten Beanstandung) aufzuerlegen, innerhalb derer sie die konkreten Einwendungen zu Grund und Höhe der Rechnungen geltend machen können. Damit würde dem Beschleunigungsgebot Rechnung getragen werden für eine Bearbeitungsphase, deren Abwicklung allein in der Hand der Krankenkasse liegt.

3.) Die Regelungen des § 19 Abs. 2 Satz 3 KBV über die Einleitung des Prüfverfahrens wurden von der Schiedsstelle in Übereinstimmung mit der bei Ergehen des Schiedsspruchs maßgebenden Rechtslage festgesetzt. Sie wurde allerdings ab 01.04.2007 von der gesetzlichen Neuregelung des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) ersetzt und kann seitdem keine rechtliche Wirkung mehr haben.

a) Die Regelung des § 19 Abs. 2 Satz 3 KBV war bis zum Inkrafttreten von [§ 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) rechtmäßig. § 19 Abs. 2 Satz 3 KBV bestimmt, dass die Durchführung des MDK-Überprüfungsverfahrens gemäß des L.vertrages zu [§ 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) Voraussetzung für Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist. Sie nimmt damit Bezug auf dieses Verfahren und den dieses regelnden Vertrag. Soweit bestimmt wird, dass dies innerhalb der Zahlungsfrist nach Abs. 1 einzuleiten ist, wird zwar keine Ausschlussfrist für die Einleitung eines zulässigen MDK-Überprüfungsverfahrens bestimmt, vielmehr ergibt sich aus dem Regelungszusammenhang des § 19 und dem Bezug zur Zahlungsfrist, dass die hier vorgesehene Einleitungsfrist allein für den Ausschluss von Einwendungen gegen den Vergütungsanspruch bzw. als Grundlage eines Erstattungsanspruchs maßgeblich ist. Auch der letzte Halbsatz von Satz 3 des Absatzes 2 kann daher nicht isoliert gesehen werden. Bestimmt damit wird lediglich, dass die Krankenkassen, wenn die Zahlungsfrist von 30 Tagen verstrichen ist, ohne dass das MDK-Verfahren eingeleitet ist, Einwendungen, die ein solches Verfahren voraussetzen, gegen den Vergütungsanspruch nicht mehr erheben und Erstattungsansprüche hierauf nicht mehr gestützt werden können. Dementsprechend stellt auch der letzte Halbsatz von Satz 3 des Absatzes 2 keine den KÜV betreffende Regelung dar, die zur Folge hätte, dass eine spätere Einleitung des Verfahrens unzulässig und die im KÜV geregelten Rechte und Pflichten daher nicht zu beachten wären. Für dieses Verständnis spricht wiederum die Begründung der Schiedsstelle, in der zwar dargelegt wird, dass die Fristen zur Beauftragung des MDK und die Einwendungen gegen die Abrechnung nicht in die Länge gezogen werden dürften. Die bestimmte Frist wird aber insofern eindeutig damit begründet, dass die Schiedsstelle der Auffassung gewesen sei, die Krankenkassen könnten sich innerhalb von 30 Tagen entscheiden, ob sie wegen Zweifeln an der Abrechnung den MDK beauftragen sollen. Die hier streitige Frist bezieht sich damit ausschließlich auf Zweifel an der Abrechnung und hierauf beruhenden Einwendungen gegen den geltend gemachten Vergütungsanspruch.

Der so verstandene Einwendungsausschluss des § 19 Abs. 2 Satz 3 KBV steht zunächst grundsätzlich im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot (vgl. dazu oben zu 2. b); dieser ist aber gerechtfertigt, da er den Grundsätzen von Treu und Glauben und dem Beschleunigungsgebot Rechnung trägt.

In der Entscheidung vom 28.09.2006 (- [B 3 KR 23/05 R](#) -, veröffentlicht in Juris) hat das BSG für einen Einwendungsausschluss insbesondere eine erhebliche Vertragsverletzung der Krankenkasse im Vorfeld und bei der Durchführung des Überprüfungsverfahrens gefordert. Maßgeblich für diese Frage seien zunächst die Bestimmungen des KÜV. Da Einwendungen gegen die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung und die Dauer die Einhaltung des im KÜV vereinbarten Verfahrens voraussetzen (vgl. BSG, Urteil vom 13.12.2001 - [B 3 KR 11/01](#) -, veröffentlicht in Juris), seien solche Einwendungen dann endgültig ausgeschlossen, wenn das vorgesehene Überprüfungsverfahren nicht mehr nachgeholt werden kann. Eine gesetzliche Ausschlussfrist für die Durchführung dieses Verfahrens gab es bis zum 31.03.2007 nicht. Wie dargelegt regelt auch weder der KÜV noch der hier streitige § 19 Abs. 2 Satz 3 KBV eine Ausschlussfrist für die Einleitung des MDK-Überprüfungsverfahrens.

Es wird hier aber in der Regel ein Verstoß gegen das dem KBV und dem KÜV immanente generelle Gebot der zügigen Abwicklung aller verwaltungsmäßigen Vorgänge (Beschleunigungsgebot) vorliegen, wenn das Verfahren erst nach Ablauf der Zahlungsfrist eingeleitet wird. So war bereits für die Rechtslage vor dem 01.04.2007 und ohne dass eine Einleitungsfrist im maßgeblichen KÜV geregelt wurde, nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 13.12.2001 – [B 3 KR 11/01](#), veröffentlicht in Juris) zu beachten, dass das im KÜV vereinbarte Verfahren seinen Sinn und Zweck entsprechend auf eine zeitnahe Durchführung ausgerichtet ist. Es sollte nicht ein Gutachter nachträglich allein auf schriftliche Dokumentationen angewiesen sein, sondern vor allem die anschauliche Beurteilung des laufenden Falles oder die frische Erinnerung des behandelnden Krankenhausarztes im Zusammenwirken mit dem Vertreter des MDK nutzbar sein. Dies sei der beste Weg, aufgekommene Zweifel möglichst rasch und unbürokratisch auszuräumen. Ein solches Verfahren könne nicht noch lange Zeit nach Abschluss des jeweiligen Behandlungsfalls nachgeholt werden, da hierdurch die Beweislage des Krankenhauses verschlechtert und sein Aufwand erhöht werde. Die Einleitung des Verfahrens unter Einschaltung des MDK sei deshalb spätestens dann notwendig, wenn die Krankenkasse nach Vorlage der Rechnung und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung (im entschiedenen Fall 14 Kalendertage nach Rechnungseingang) Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit habe.

Mit diesen Vorgaben steht die Regelung des § 19 Abs. 2 Satz 3 KBV in Einklang. Sie bestimmt, dass Einwendungen nicht mehr erhoben werden können, wenn ein Überprüfungsverfahren nach Ablauf der Zahlungsfrist für die geforderte Vergütung (hier 30 Kalendertage nach Rechnungseingang) noch nicht eingeleitet wurde.

b) Die Regelung des § 19 Abs. 2 Satz 3 KBV steht allerdings nach dem Inkrafttreten des [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) im Widerspruch zu dieser gesetzlichen Neuregelung und ist damit ab 01.04.2007 rechtswidrig. Der Gesetzgeber selbst hat mit [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) (i.d.F. des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.03.2007 ([BGBl. I 378](#)), in Kraft seit dem 01.04.2007) nun die Möglichkeit der MDK-Überprüfungen eingegrenzt. Die Überprüfung eines Krankenhauses ([§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)) ist danach innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung des Krankenhauses ([§ 275 Abs. 1 c Satz 1 und 2 SGB V](#)) einzuleiten und anzuzeigen. Mit dieser Fristsetzung und der in [§ 275 Abs. 1 c Satz 3 SGB V](#) zu Lasten der Krankenkasse vorgesehenen Aufwandspauschale bei ergebnisloser Prüfung sollen als Beitrag zu dem angestrebten Bürokratieabbau Anreize gesetzt werden, um Einzelfallprüfungen zukünftig zielorientierter und zügiger einzusetzen (so [BT-Drucks. 16/3100 S. 171](#)). Dies dient zum einen dazu, die von einzelnen Krankenkassen "in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung" genutzten Prüfmöglichkeiten einzuschränken. Zum anderen soll mit Satz 1 der Neuregelung gewährleistet werden, dass eine Einzelfallprüfung zeitnah durchgeführt wird. Hierzu heißt es in der Begründung ([BT-Drucks. 16/3100 S. 171](#)): "Dies gilt für sämtliche Schritte der Einleitung durch die Krankenkassen und der Durchführung der Prüfung durch den Medizinischen Dienst. Bereits das Bundessozialgericht (BSG vom 13. Dezember 2001, [B 3 KR 11/01 R](#)) hat die für eine anschauliche Beurteilung erforderliche zeitnahe Überprüfung unterstrichen und auf die ansonsten bestehende Gefahr einer sich verschlechternden Beweislage und eines erhöhten Aufwands verwiesen. Das BSG hebt hervor, dass die Einleitung des Verfahrens unter Einschaltung des MDK spätestens dann notwendig ist, wenn die Krankenkasse nach Vorlage der Rechnung und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit hat. Dabei entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG vom 17. Mai 2000, [B 3 KR 33/99 R](#)). Zugleich ist es einer Krankenkasse nicht gestattet, bei beanstandeten Rechnungen lediglich den unbestrittenen Teil der Forderung gleichsam als Vorschusszahlung unter Zurückbehaltung des bestrittenen Anteils bis zur abschließenden Klärung zu leisten (BSG, 23. Juli 2002, [B 3 KR 64/01 R](#)). Durch Satz 2 wird nach Eingang des Rechnungsdatensatzes bei der Krankenkasse eine Ausschlussfrist von sechs Wochen eingeführt, innerhalb derer die Krankenkasse die Prüfung einzuleiten und der Medizinische Dienst dem Krankenhaus die Prüfung anzuzeigen hat. Prüfungen, die nach Ablauf dieses Zeitraums dem Krankenhaus angezeigt werden, sind nicht zulässig".

Diese gesetzliche Frist von sechs Wochen ist eine die Zulässigkeit der Einleitung und Anzeige des Überprüfungsverfahrens betreffende Ausschlussfrist. Wird das Verfahren in dieser Zeit nicht eingeleitet und vom MDK dem Krankenhaus angezeigt, ist die Prüfung unzulässig (vgl.ichert, in: Becker/Kingreen, § 275 Rn. 10; [BT-Drucks. 16/3100](#) zu Nummer 185, zu Buchstabe a, S. 171). In solchen Fällen ist das Krankenhaus dem MDK dementsprechend auch nicht verpflichtet, weitere Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Anfrage der Krankenkasse benötigt werden, da diese Verpflichtung nur im Rahmen einer zulässig eingeleiteten Prüfung besteht.

Eine vertragliche Verkürzung dieser gesetzlichen 6 Wochen Frist stünde im Widerspruch zu der für alle Vertragsparteien nach [§ 112 SGB V](#), aber auch für den MDK verbindlichen Norm. Der Gesetzgeber hat mit den zum 01.04.2007 in Kraft getretenen Vorschriften ersichtlich eine abschließende Neuregelung der in der Praxis aufgetretenen Probleme vornehmen wollen. Dabei geht weder aus den oben zitierten Gesetzesmaterialien noch aus dem Wortlaut der eingefügten Vorschriften hervor, dass den Vertragspartnern des [§ 112 SGB V](#) neue Gestaltungsaufgaben zugewiesen worden wären. Im Gegenteil ist der bisher für die Vertragspartner nach [§ 112 SGB V](#) durch die Auslegung des Begriffes "Abrechnung der Entgelte" eröffnete Gestaltungsspielraum durch eine verbindliche Vorgabe ersetzt worden.

Angesichts der gesetzlichen Neuregelung in [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) ist für die Fortgeltung der vertraglichen Vereinbarung unter § 19 Abs. 2 Satz 3 kein Raum. Ein Fortbestehen der vertraglichen Vereinbarung neben der gesetzlichen Regelung würde neben einer nicht zu rechtfertigenden Erhöhung des bürokratischen Aufwands (Einhaltung und Nachweis der Einhaltung einer weiteren Frist) insbesondere für die Krankenkassen eine weitere verbindliche Frist mit sich bringen, die den Verlust des Rechts auf Einwendungen gegen die Rechtmäßigkeit der konkreten Abrechnung nach sich zöge, ohne dass hierfür eine sachliche Notwendigkeit bestünde oder eine nennenswerte Beschleunigung damit verbunden wäre. Den Interessen der Krankenhäuser wird nach Auffassung des Gesetzgebers mit der 6-Wochenfrist genüge getan, während § 19 Abs. 2 Satz 3 KBV die Krankenkassen unverhältnismäßig benachteiligt. Die Zulässigkeit von Einwendungen hinge zum einen davon ab, dass die Krankenkasse sich innerhalb der 30-Tagesfrist an den MDK wendet und dieser innerhalb der vom Gesetzgeber vorgegebenen 6 Wochen dem Krankenhaus die beabsichtigte Prüfung anzeigt. Die Krankenkassen verlieren ihr Recht auf Geltendmachung von Beanstandungen auch dann, wenn bei Überschreitung der 30-Tagesfrist noch innerhalb der 6-Wochenfrist die Anzeige nach [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) bei den Krankenhäusern eingeht. Ein solches Ergebnis muss nach Inkrafttreten von [§ 275 Abs. 1 c SGB V](#) aber keine Krankenkasse mehr hinnehmen. Umgekehrt würde es der Krankenkasse auch nichts nützen, wenn sie die 30 Tagesfrist einhält, der MDK aber die 6 Wochenfrist verstreichen lässt. § 19 Abs. 2 Satz 3 KBV war somit mit Wirkung ab dem 01.04.2007 aufzuheben.

IV.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 155 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Sie

berücksichtigt, dass die Kläger unter Gewichtung der Bedeutung der ursprünglichen Streitpunkte jeweils zur Hälfte gewonnen haben bzw. unterlegen sind. Bei der Entscheidung über der Streitwert ist der Senat für jeden anhängig gemachten Streitpunkt zunächst vom Regelstreitwert ausgegangen und hat danach deren Summe als Streitwert des Verfahrens festgesetzt.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-04-28