

## B 6 KA 10/16 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
2. Instanz  
LSG Rheinland-Pfalz  
Aktenzeichen  
L 5 KA 25/15 KL  
Datum  
03.03.2016  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 10/16 R  
Datum  
10.05.2017  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Wird die zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Krankenhausträgern zusätzlich zur Grundvergütung vereinbarte Pauschale für pädiatrische Spezialambulanzen nicht innerhalb eines Jahres nach dem jeweils betroffenen Jahr geltend gemacht, ist der Anspruch des Krankenhausträgers verwirkt.

Auf die Revisionen der Beklagten sowie der Beigeladenen zu 1. wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 3. März 2016 insoweit aufgehoben, als es den Beschluss der Beklagten vom 14. Oktober 2014 hinsichtlich der Festsetzung einer Pauschale für das Kalenderjahr 2012 aufgehoben hat. Im Übrigen werden die Revisionen zurückgewiesen. Die Klägerin trägt ein Drittel, die Beklagte und die Beigeladene zu 1. tragen gemeinsam zwei Drittel der Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu 2. bis 6.

Gründe:

I

1

Die klagende Krankenkasse wendet sich in ihrer Funktion als Krankenkassenverband gegen einen Beschluss der beklagten Schiedsstelle, mit dem diese für die Jahre 2010 bis 2012 eine zusätzliche Pauschale für pädiatrische Spezialambulanzen nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) festgesetzt hat.

2

Das zu 1. beigeladene Klinikum beehrte mit Schreiben vom 8.10.2013 für die Jahre 2009 bis 2014 von der klagenden und den zu 2. bis 6. beigeladenen Krankenkassen bzw -verbänden die Vereinbarung einer ergänzenden Pauschale nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) für sechs pädiatrische Spezialambulanzen. Die Beigeladene zu 1. und die Krankenkassenverbände hielten in einem Ergebnisprotokoll vom 17.3.2014 als Einigung über Eckdaten für eine Vereinbarung nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) ua fest:

"1. Die Kassenverbände halten an ihrer Rechtsauffassung fest, dass dem Krankenhaus für die Jahre 2009 bis 2012 kein Anspruch auf eine Quartalspauschale nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) zusteht, da ein solcher Anspruch in den betreffenden Jahren nicht geltend gemacht wurde. Das Krankenhaus teilt diese Auffassung nicht und wird für die Jahre 2009 bis 2012 die Schiedsstelle anrufen.

2. Für den Fall, dass ein Anspruch nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) für die Jahre 2009 bis 2012 bestehen sollte, gilt eine Quartalspauschale in Höhe von 110,- EUR für die aus der Anlage 2 des jeweiligen Honorarbescheides der KV ersichtlichen Fälle als geeignet.

3. Für die Jahre 2013 bis 2015 verständigen die Vertragspartner eine Quartalspauschale in Höhe von 118,- Euro. "

3

Mit Beschluss vom 14.10.2014 setzte die Beklagte auf den Antrag der Beigeladenen zu 1. für den Zeitraum vom 1.1.2010 bis zum 31.12.2012 eine ergänzende Pauschale nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) in Höhe von 110 Euro fest; im Übrigen, dh hinsichtlich des Zeitraums vom 1.1.2009 bis zum 31.12.2009, lehnte sie den Antrag ab. Die Schiedsstelle könne nach den Grundsätzen des intertemporalen

Verfahrensrechts auch über Pauschalen für Jahre vor der mit dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) erfolgten Einführung der Konfliktlösung durch die Schiedsstelle zum 1.1.2011 entscheiden, wenn das Verfahren erst danach anhängig gemacht werde. Da die Höhe der Pauschalen von den Parteien vereinbart worden sei, könne davon ausgegangen werden, dass die gesetzlichen Voraussetzungen für die Vereinbarung der Pauschale unstreitig vorlägen. Die Schiedsstelle sei mehrheitlich der Auffassung, dass die rückwirkende Festsetzung einer Pauschale nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) möglich sei. Die Ansprüche für die Jahre 2010 bis 2012 seien weder verjährt noch verwirkt.

4

Das LSG hat mit Urteil vom 3.3.2016 den Bescheid der Beklagten aufgehoben, soweit darin eine Pauschale nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) für die Jahre 2010 bis 2012 festgesetzt worden war. Die Beklagte sei auch für die Entscheidung über eine Pauschale für das Jahr 2010 und damit vor der Einführung der Schiedsstellenregelung zuständig gewesen, weil sie erst nach dem Inkrafttreten des GKV-FinG zur Entscheidung angerufen worden sei und entschieden habe. Die Zuständigkeit der Beklagten sei nicht durch die Teileinigung der Vertragsparteien vom 17.3.2014 entfallen. [§ 120 Abs 4 SGB V](#) sehe eine Entscheidung durch die Schiedsstelle auch für den Fall vor, dass eine Einigung "teilweise" nicht zustande komme.

5

Der angefochtene Beschluss sei aber rechtswidrig. [§ 120 Abs 1a SGB V](#) sei so auszulegen, dass der Krankenträger eine zusätzliche Pauschale nur bis zum Ende des jeweiligen Jahres geltend machen könne. Das ergebe sich zwar nicht ausdrücklich aus dem Wortlaut der Vorschrift, wohl aber aus Sinn und Zweck des [§ 120 Abs 1a SGB V](#) und dem Gesamtzusammenhang der einschlägigen Vorschriften. Eine Vereinbarung nach [§ 120 Abs 1a Satz 1 SGB V](#) setze voraus, dass die zusätzliche Pauschale "erforderlich" sei, um die auf Überweisung erfolgende Behandlung von Kindern und Jugendlichen angemessen zu vergüten. Nach der amtlichen Begründung des Entwurfs zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17.3.2009 sei eine Vereinbarung über Pauschalen abzuschließen, falls diese zur Aufrechterhaltung der Behandlungsmöglichkeiten für die betroffenen Kinder und Jugendlichen erforderlich seien. Die Aufrechterhaltung von Behandlungsmöglichkeiten habe jedoch keinen Bezug zu vergangenen Jahren, sondern beziehe sich auf einen gegenwärtigen und zukünftigen Bedarf. Dem entspreche auch die Gesetzesbegründung zur Änderung des [§ 120 Abs 1a SGB V](#) durch das GKV-FinG. Danach sei die zusätzliche Vergütung vorgesehen, um mögliche Versorgungsengpässe bei der fachärztlichen Versorgung von schwer und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen durch Unterfinanzierung zu vermeiden. Die Vermeidung eines Versorgungsengpasses sei gegenwarts- bzw zukunfts-, nicht aber vergangenheitsbezogen.

6

Diese Auslegung des [§ 120 Abs 1a SGB V](#) werde durch dessen Satz 8 in der ursprünglichen Fassung bzw Satz 7 in der ab dem 1.1.2011 geltenden Fassung gestützt. Danach sei bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) die Summe der für das Jahr 2009 (Gesetzesfassung bis zum 31.12.2010) bzw für das jeweilige Jahr erstmalig vereinbarten (Gesetzesfassung ab dem 1.1.2011) ambulanten Pauschalen ausgabenmindernd zu berücksichtigen. Damit solle eine zeitgerechte Refinanzierung der für die Pauschalen benötigten Mittel ermöglicht werden, um den Krankenkassen Kalkulationssicherheit zu gewährleisten. Dies zeige die Vorstellung des Gesetzes, dass die Verhandlungen über die Vereinbarung nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) bereits in dem betreffenden Jahr, für das die Pauschale festgesetzt wird, abgeschlossen würden. Die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts sei nämlich bis zum 30. November jeden Jahres zu schließen (§ 10 Abs 10 Satz 1 KHEntG). Das Erfordernis, die Summen der für das jeweilige Jahr vereinbarten Pauschalen bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das betreffende Jahr ausgabenmindernd zu berücksichtigen, zeige, dass die Geltendmachung einer Pauschale für vergangene Jahre ausgeschlossen sein solle. Dem stehe nicht entgegen, dass es im Falle der Verzögerung des Abschlusses der Vereinbarung oder der Entscheidung der Schiedsstelle nach [§ 120 Abs 4 SGB V](#) nicht in allen Fällen möglich sei, die Pauschale so rechtzeitig festzusetzen, dass sie noch bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts in demselben Jahr berücksichtigt werden könne. Diese Problematik habe auch der Gesetzgeber erkannt, da es in der Gesetzesbegründung zum KHRG heiße, je nach den Vereinbarungszeitpunkten für die ambulanten Fallpauschalen und für den Landesbasisfallwert könne die Herausrechnung aus dem Ausgabevolumen für stationäre Versorgung beim Landesbasisfallwert 2009 oder 2010 durchgeführt werden. Der Umstand, dass die Gesetzesbegründung nur diese beiden Jahre, nicht aber weitere Folgejahre erwähne, spreche dafür, dass nach den Vorstellungen des Gesetzgebers die Pauschalen nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) jedenfalls nicht erst mehrere Jahre nach der Geltendmachung durch den Krankenträger bei der Bildung des Landesbasisfallwerts berücksichtigt werden sollten.

7

Hiergegen richten sich die Revisionen der Beklagten und der Beigeladenen zu 1. Die Beklagte trägt vor, der Einführung des [§ 120 Abs 1a SGB V](#) sei eine Analyse des Instituts des Bewertungsausschusses vorangegangen, wonach die Finanzierung der Leistungen der Spezialambulanzen in Kinderkliniken in erheblichem Maße nicht kostendeckend gewesen sei. In der Gesetzesbegründung zum KHRG sei hierzu festgestellt, dass sich in der Praxis eine Teilfinanzierung der Spezialambulanzen mit Mitteln aus dem stationären Budget etabliert habe. Diese Quersubventionierung habe der Gesetzgeber beseitigen wollen. Dabei sei er von einer Einführung der DRG-Vergütungssystematik zum 1.1.2009 ausgegangen. Gleichzeitig habe [§ 87 Abs 2c Satz 4 SGB V](#) vorgesehen, dass zum 31.10.2010 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) besondere arztgruppenspezifische, diagnosebezogene Fallpauschalen für die Behandlung von Versichertengruppen mit einem erheblichen therapeutischen Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten vorgesehen werden sollten. Der Gesetzgeber habe somit aufgrund der Beendigung der Konvergenzphase und der erst später zu erwartenden Zusatzvergütungen im EBM-Ä eine temporäre Unterfinanzierung der Spezialambulanzen im Jahr 2009 erwartet. Dementsprechend habe sich der ursprüngliche Wortlaut des [§ 120 Abs 1a SGB V](#) allein auf das Jahr 2009 bezogen. Im Jahr 2010 habe der Gesetzgeber sodann festgestellt, dass die Umsetzung der Vergütungsregelungen für Spezialambulanzen nicht zufriedenstellend erfolgt sei. Deshalb habe er den letzten Satz des [§ 120 Abs 1a SGB V](#) dahin geändert, dass bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nicht mehr die Summe der für das Jahr 2009 vereinbarten Pauschalen, sondern die Summe der für das jeweilige Jahr erstmalig vereinbarten ambulanten Pauschalen ausgabenmindernd zu berücksichtigen sei. Sowohl von der DKG als auch vom GKV-Spitzenverband sei dies als Entfristung bezeichnet worden. Soweit das LSG meine, der Begriff der "Aufrechterhaltung von Behandlungsmöglichkeiten" sei ausschließlich zukunftsgerichtet, verkenne es die Zielrichtung des Gesetzgebers, den Wegfall der Quersubventionierung zu kompensieren. In der Begründung des GKV-FinG verwende der Gesetzgeber diesen Begriff auch nicht mehr, sondern spreche von "Unterfinanzierungen", was

auch an in der Vergangenheit entstandene Kosten anknüpfe. Auch aus dem Gesetzeswortlaut lasse sich nicht herleiten, dass innerhalb eines bestimmten Zeitraums eine Aufforderung zu Verhandlungen erfolgen müsse. Der Gesetzgeber habe, anders als etwa in § 11 Abs 3 Satz 1 KHEntgG, keine Aufforderungsfrist normiert. Die Pauschalen seien ausgabenmindernd beim Landesbasisfallwert zu berücksichtigen, wenn sie vereinbart worden seien. Dies erfolge entweder im selben Kalenderjahr oder um ein Kalenderjahr versetzt. Der Gesichtspunkt der Kalkulationssicherheit sei in keinem Fall berührt. Es sei auch nicht notwendig, wie das LSG meine, die Summen der Pauschalen bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts für das betreffende Jahr zu berücksichtigen, das könne vielmehr auch in der nächsten Vereinbarung des Landesbasisfallwerts erfolgen. Dies werde auch aus dem Vergleich mit dem Wortlaut des [§ 120 Abs 1a Satz 5 SGB V](#) deutlich. Dort sei ausdrücklich geregelt, dass die für die besonderen Einrichtungen für ein Jahr vereinbarten Pauschalen für dieses Jahr mindernd bei der Erlössumme zu berücksichtigen seien. Eine solche Verknüpfung enthalte Satz 7 gerade nicht. Bereits aufgrund der denkbaren Verfahrensabläufe sei eine Berücksichtigung der Pauschalen bei den Landesbasisfallwerten für dasselbe Jahr oft nicht möglich. Auch nach der Begründung zum GKV-FinG sei die Bereinigung für das Jahr vorzunehmen, in dem erstmals ergänzende Pauschalen vereinbart würden. In den rheinland-pfälzischen Vereinbarungen über den Landesbasisfallwert würden seit 2013 Berichtigungsvorbehalte bzgl der Pauschalen nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) vorgesehen.

8

Die Beklagte und die Beigeladene zu 1 ... beantragen, das Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 3.3.2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise, das Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 3.3.2016 zu ändern und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückzuverweisen.

9

Die Beigeladene zu 1. trägt vor, [§ 120 Abs 1a SGB V](#) gebe keine Fristen für das Einfordern einer Vereinbarung vor. Die Entfristung der Regelung trage der Fallkonstellation verzögerter Vereinbarungen ausdrücklich Rechnung. Wende man die Frist für die Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach § 10 Abs 10 Satz 1 KHEntgG (30.11. jeden Jahres) an, könnten die Krankenhäuser nicht einmal den Beginn des Jahres abwarten, für das sie eine ergänzende Pauschale geltend machten. Unter Zugrundelegung der Auffassung des LSG könnte eine Pauschale niemals erfolgreich durchgesetzt werden, weil bei Aufrechterhaltung des Leistungsangebots kein Versorgungsengpass zu besorgen sei und bei Einstellung des Leistungsangebots die erforderliche Leistungserbringung fehle. Soweit das LSG sich auf den Aspekt der zeitgerechten Refinanzierung stütze, überzeuge dies nicht. Wenn eine ergänzende Pauschale für das Jahr 2010 erst im Jahr 2014 vereinbart werde, entstehe auch die Erforderlichkeit einer Refinanzierung erst im Jahr 2014.

10

Die Klägerin beantragt, die Revisionen zurückzuweisen.

11

Sie trägt vor, nach der Gesetzesbegründung zum KHRG habe eine Herausrechnung der Pauschalen aus dem Ausgabenvolumen für stationäre Versorgung beim Landesbasisfallwert 2009 und 2010 durchgeführt werden können. Mit der Änderung des [§ 120 Abs 1a SGB V](#) durch das GKV-FinG sei lediglich die Bereinigungsmöglichkeit auf das Jahr 2010 erweitert worden. Das Ziel, den Krankenkassen eine Refinanzierung der ergänzenden Pauschalen zu ermöglichen, scheine massiv gefährdet, wenn eine Bereinigung erst nach einem Zeitraum von mehreren Jahren möglich sei. Das Kriterium der Erforderlichkeit beinhalte denotwendig eine Prognose der künftigen Entwicklung.

II

12

Die Revisionen der Beigeladenen zu 1. und der Beklagten haben teilweise Erfolg. Das LSG hätte den Schiedsspruch nicht aufheben dürfen, soweit er die Festsetzung einer Pauschale nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) für das Jahr 2012 enthält. Die Aufhebung der Entscheidung für die Jahre 2010 und 2011 erfolgte hingegen zu Recht. Insofern waren die Revisionen zurückzuweisen.

13

1. Zur Entscheidung des Rechtsstreits ist der für das Vertragsarztrecht zuständige 6. Senat des BSG gemäß [§ 40 Satz 2 SGG](#), [§ 31 Abs 2 iVm § 10 Abs 2 SGG](#) berufen. Bei Streitigkeiten über eine Entscheidung der Schiedsstelle gemäß [§ 120 Abs 4 SGB V](#) handelt es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts gemäß [§ 10 Abs 2 SGG](#). Nach [§ 10 Abs 2 Satz 2 Nr 3 SGG](#) gehören zu den Streitigkeiten aufgrund der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Vertragszahnärzten (Vertragsarztrecht) einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände ([§ 10 Abs 2 Satz 1 SGG](#)) ua Klagen wegen der Vergütung nach [§ 120 SGB V](#). Diese Formulierung erfasst auch Streitigkeiten im Zusammenhang mit den nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) zu treffenden Vergütungsvereinbarungen. Da die Schiedsstelle nach [§ 120 Abs 4 SGB V](#) an die Stelle der Vertragsparteien tritt, wenn eine Vereinbarung nicht zustande kommt, gehören auch die Klagen gegen die Festsetzungen der Schiedsstelle zum Vertragsarztrecht. Dass die Entscheidung von der nach § 18a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zu bildenden Schiedsstelle getroffen wird, steht dem nicht entgegen. Zwar sind im Schiedsverfahren die Krankenkassen und die Träger der Einrichtungen beteiligt, nicht aber Vertreter der Vertragsärzte. Entscheidend ist jedoch, dass ein Zusammenhang mit der Beteiligung stationärer Leistungserbringer an der vertragsärztlichen Versorgung besteht (vgl [BSGE 119, 43](#) = SozR 4-2500 § 120 Nr 4, RdNr 16 unter Hinweis auf [BT-Drucks 17/6764 S 26](#)).

14

2. a) Das LSG war zur Entscheidung im ersten Rechtszug nach [§ 29 Abs 2 Nr 1 SGG](#) sachlich zuständig, da es um eine Klage gegen eine Entscheidung der Schiedsstelle nach [§ 120 Abs 4 SGB V](#), § 18a Abs 1 KHG geht. Zu Recht hat das LSG für diesen Rechtsstreit die Spruchkörper als zuständig angesehen, die gemäß [§ 31 Abs 2](#), [§ 40 Satz 2 iVm § 10 Abs 2 SGG](#) für Angelegenheiten des Vertragsarztrechts

gebildet worden sind.

15

b) Die Klägerin hat mit ihrem Anfechtungsbegehren gemäß [§ 54 Abs 1 iVm § 131 Abs 3 SGG](#) mit dem Ziel, den Schiedsspruch - soweit er sie beschwert - aufzuheben, die richtige Klageart gewählt. Die Festsetzung der Vergütung durch die Schiedsstelle nach [§ 120 Abs 4 SGB V](#) ist als Verwaltungsakt anzusehen. Die Schiedsstelle nach § 18a KHG wird hier als Stelle tätig, die Aufgaben der öffentlichen Verwaltung iS des [§ 1 Abs 1 Satz 1 SGB X](#) wahrnimmt und damit als Behörde im funktionalen Sinne ([BSGE 119, 43](#) = SozR 4-2500 § 120 Nr 4, RdNr 21; offengelassen von [BVerwGE 124, 209](#), 212; vgl zur Behördeneigenschaft Quaas in Schnapp/Düring, Handbuch des sozialrechtlichen Schiedsverfahrens, 2. Aufl 2016, RdNr 576 f). Zwar wird die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze durch die Schiedsstelle nach § 18a KHG nicht als Verwaltungsakt, sondern als interner Mitwirkungsakt qualifiziert, weil die Regelungswirkung der Festsetzung erst mit der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde nach § 18 Abs 5 KHG eintritt (vgl [BVerwGE 146, 369](#) RdNr 27; [124, 209](#), 211). Ein solches Genehmigungserfordernis besteht bei der Festsetzung der Vergütung nach [§ 120 Abs 4 SGB V](#) iVm § 18a Abs 1 KHG jedoch nicht. Die Schiedsstelle trifft vielmehr mit ihrer Festsetzung eine Regelung mit unmittelbarer Rechtswirkung nach außen iS des [§ 31 Satz 1 SGB X](#) ([BSGE 119, 43](#) = SozR 4-2500 § 120 Nr 4, RdNr 21; Sonnhoff in Hauck/Noftz, SGB V, Stand März 2017, K § 120 RdNr 30; Köhler-Hohmann in jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, § 120 RdNr 102; zur Festsetzung des Schiedsamtes nach [§ 89 SGB V](#) stRspr seit [BSGE 20, 73](#), 75 = SozR Nr 1 zu § 368h RVO S A a 2; zuletzt BSG SozR 4-2500 § 87a Nr 2 RdNr 20; zu [§ 85 Abs 5 Satz 1 SGB XI](#): [BSGE 105, 126](#), 130 = SozR 4-3300 § 89 Nr 2, RdNr 20; anders für die Entscheidungen der Schiedspersonen nach [§ 73b SGB V](#) und [§ 132a SGB V](#) [BSGE 118, 164](#) = SozR 4-2500 § 73b Nr 1 sowie [BSGE 107, 123](#) = SozR 4-2500 § 132a Nr 5). Auch nach der Rechtsprechung des BVerwG hat die Festsetzung der Schiedsstelle, der kein Genehmigungsakt folgt, selbst den Charakter eines vertragsgestaltenden Verwaltungsakts ([BVerwGE 146, 369](#) RdNr 27). Das LSG hat zutreffend entschieden, dass es eines weitergehenden Antrags nicht bedurfte. Wenn die rückwirkende Festsetzung einer Pauschale aus Rechtsgründen nicht in Betracht kommt, kann nach einer Aufhebung auch kein neuer Schiedsspruch ergehen.

16

c) Der Zulässigkeit der Klage steht nicht entgegen, dass ein Vorverfahren nach [§ 78 SGG](#) nicht durchgeführt worden ist. Zwar liegt einer der in [§ 78 Abs 1 Satz 2 SGG](#) genannten Fälle, in denen es eines Vorverfahrens nicht bedarf, nicht vor. Eine gesetzliche Vorschrift, die ausdrücklich bestimmt, dass es vor der Anfechtung von Entscheidungen der Schiedsstelle nach [§ 120 Abs 4 SGB V](#) iVm § 18a Abs 1 KHG eines Vorverfahrens nicht bedarf, gibt es nicht (vgl [§ 78 Abs 1 Satz 2 Nr 1 SGG](#)). Die analoge Anwendung des § 18 Abs 5 Satz 3 KHG, wonach ein Vorverfahren bei Klagen gegen die Genehmigung der Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstelle nach § 18a KHG nicht stattfindet, kommt nicht in Betracht ([BSGE 119, 43](#) = SozR 4-2500 § 120 Nr 4, RdNr 22). § 18 Abs 5 Satz 3 KHG bezieht sich auf die Genehmigung einer Schiedsstellenfestsetzung, die eine verwaltungsinterne Prüfung abschließt (mehrstufiger Verwaltungsakt, vgl Trefz, Der Rechtsschutz gegen die Entscheidungen der Schiedsstellen nach § 18a KHG, 2002, S 75 ff). Eine entsprechende Prüfung sieht [§ 120 Abs 4 SGB V](#) gerade nicht vor. Bei der Schiedsstelle handelt es sich auch nicht um eine oberste Landes- oder Bundesbehörde iS des [§ 78 Abs 1 Satz 2 Nr 2 SGG](#).

17

Wäre ein Widerspruchsverfahren notwendig, müsste mangels nächsthöherer Behörde die Beklagte den Widerspruchsbescheid selbst erlassen. Entgegen der Auffassung des LSG macht allein die Identität zwischen Ausgangs- und Widerspruchsbehörde die Durchführung des Vorverfahrens nicht per se entbehrlich (so aber Köhler-Hohmann in jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, § 120 RdNr 104; Knittel in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung SGB V, 2014, § 120 RdNr 21). Dies wird bereits darin deutlich, dass das SGG sogar für bestimmte Fallkonstellationen ausdrücklich festlegt, dass die Durchführung eines Widerspruchsverfahrens durch die Ausgangsbehörde zu erfolgen hat ([§ 85 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGG](#), vgl auch Trefz, Der Rechtsschutz gegen die Entscheidungen der Schiedsstellen nach § 18a KHG, 2002, S 294 f). Die Entbehrlichkeit der Durchführung eines Vorverfahrens ergibt sich aber aus der Eigenart der Tätigkeit der Schiedsstelle, die bei der Vergütungsfestsetzung an die Stelle der Vertragsparteien tritt ([BSGE 119, 43](#) = SozR 4-2500 § 120 Nr 4, RdNr 24; für das Schiedsamt nach [§ 89 SGB V](#) vgl zuletzt [BSGE 116, 280](#) = SozR 4-2500 § 87a Nr 2, RdNr 21; [BSGE 110, 258](#) = SozR 4-2500 § 87a Nr 1, RdNr 21 sowie Urteile vom heutigen Tag [B 6 KA 5/16 R](#) und [B 6 KA 14/16 R](#)). Der Zweck des Vorverfahrens, im Interesse des Rechtsschutzes des betroffenen Bürgers eine Selbstkontrolle der Verwaltung zu ermöglichen, wird bei der Überprüfung einer Festsetzung durch diejenigen, die dieses Ergebnis in einer bestimmten Verhandlungssituation erzielt haben, nicht erreicht. In der besonderen Situation der Vertragsgestaltung durch eine Schiedseinrichtung kann eine Überprüfung nur im gerichtlichen Verfahren erfolgen. Für die Entscheidung der Schiedsstelle nach [§ 120 Abs 4 SGB V](#) iVm § 18a Abs 1 KHG gilt insofern nichts anderes als für die Entscheidung des Schiedsamtes nach [§ 89 SGB V](#) ([BSGE 119, 43](#) = SozR 4-2500 § 120 Nr 4, RdNr 24).

18

3. Das LSG hat die angefochtene Entscheidung der Beklagten im Ergebnis zu Recht beanstandet, soweit Pauschalen für die Jahre 2010 und 2011 festgesetzt wurden. Die Festsetzung einer Pauschale für das Jahr 2012 ist hingegen rechtmäßig.

19

a) Die Beklagte war berechtigt, über einen Zuschlag nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) für die Jahre 2010 bis 2012 zu entscheiden. Nach [§ 120 Abs 4 Satz 1 SGB V](#) in der ab dem 1.1.2011 geltenden Fassung des GKV-FinG vom 22.12.2010 ([BGBl I 2309](#)) setzt die Schiedsstelle nach § 18a KHG auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest, wenn eine Vereinbarung nach Abs 1a Satz 1 oder nach Abs 2 Satz 2 ganz oder teilweise nicht zustande kommt. Das LSG hat zutreffend ausgeführt, dass die Schiedsstelle hier auch für die Entscheidung über eine Pauschale für das Jahr 2010 zuständig war. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts (vgl dazu [BSGE 117, 149](#) = SozR 4-2500 § 106 Nr 48, RdNr 52 mwN) war - mangels einer Übergangsvorschrift - die Beklagte ab dem 1.1.2011 in allen Fällen anzurufen, in denen es nicht zu einer Einigung über eine Pauschale nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) kam. Das schließt Zeiträume vor Inkrafttreten der Schiedsstellenregelung ein. Bestätigt wird dies durch die Begründung der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit, auf die die Ergänzung des [§ 120 Abs 4 SGB V](#) um die Schiedsstellenregelung für die Pauschalen nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) zurückgeht. Die Eröffnung der Möglichkeit für den Krankenträger, künftig die Schiedsstelle anzurufen, erfolgte vor dem Hintergrund, dass die Umsetzung der ab 2009 geltenden

Vergütungsregelung in [§ 120 Abs 1a SGB V](#) als "nicht zufriedenstellend" angesehen wurde und im Sommer 2010 erst zwei Vergütungsvereinbarungen in einem einzigen Bundesland vorlagen ([BT-Drucks 17/3696 S 46, 47](#)). Sie sollte mithin dem beschleunigten Abschluss von Vereinbarungen dienen, die bis dahin nur in unbefriedigender Zahl zustande gekommen waren. Dabei wurde erkennbar der Zeitraum ab dem Inkrafttreten des [§ 120 Abs 1a SGB V](#) in Bezug genommen.

20

b) Der Schiedsspruch ist auch materiell rechtmäßig, soweit die Festsetzung für das Jahr 2012 betroffen ist. Pauschalen für die Jahre 2010 und 2011 durfte die Beklagte hingegen aus Rechtsgründen nicht festsetzen.

21

aa) Die Entscheidung der Schiedsstelle nach [§ 120 Abs 4 SGB V](#) unterliegt nur in eingeschränktem Umfang einer gerichtlichen Kontrolle. Der Schiedsstelle kommt bei ihren Festsetzungen ein Gestaltungsspielraum zu. Ihre Schiedssprüche sind ebenso wie die von ihnen ersetzten Vereinbarungen der vorrangig zum Vertragsabschluss berufenen Vertragsparteien auf Interessenausgleich angelegt und haben Kompromisscharakter. Insofern gelten die gleichen Maßstäbe wie bei der Überprüfung der Entscheidungen der Schiedsämter nach [§ 89 SGB V](#). Dementsprechend sind sie auch nur daraufhin zu überprüfen, ob sie die grundlegenden verfahrensrechtlichen Anforderungen und in inhaltlicher Hinsicht die zwingenden rechtlichen Vorgaben eingehalten haben. Die inhaltliche Kontrolle ist darauf beschränkt, ob der vom Schiedsspruch zugrunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob das Schiedsamt den ihm zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten, dh insbesondere die maßgeblichen rechtlichen Vorgaben beachtet hat, die auch für die Vertragsparteien gelten (vgl zu diesen Maßstäben für die Schiedsstelle nach [§ 18a KHG BVerwGE 124, 209, 211](#)). Nach Maßgabe dieser Prüfungsbefugnis ist der Senat berechtigt und verpflichtet, den angefochtenen Schiedsspruch nicht nur in formeller Hinsicht, sondern im Umfang des Streitgegenstands des Revisionsverfahrens auch inhaltlich zu überprüfen ([BSGE 119, 43](#) = SozR 4-2500 [§ 120 Nr 4, RdNr 26](#) mit zahlreichen Nachweisen auch zu den Maßstäben für andere Schiedsstellen, Schiedsämter und Schiedspersonen; vgl zu den Schiedsämtern nach [§ 89 SGB V](#) auch die Urteile des Senats vom heutigen Tag [B 6 KA 5/16 R](#) und [B 6 KA 14/16 R](#)).

22

bb) Dieser inhaltlichen Überprüfung hält der angefochtene Schiedsspruch allein bezogen auf die Festsetzung der Pauschale für das Jahr 2012 stand.

23

(1) [§ 120 Abs 1a SGB V](#) lautete in der ab dem 1.1.2009 geltenden Fassung (KHRG vom 17.3.2009, [BGBl I 534](#)) wie folgt: "Ergänzend zur Vergütung nach Absatz 1 sollen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich für die in kinder- und jugendmedizinischen, kinderchirurgischen und kinderorthopädischen sowie insbesondere pädaudiologischen und kinderradiologischen Fachabteilungen von Krankenhäusern erbrachten ambulanten Leistungen mit dem Krankenträger fall- oder einrichtungsbezogene Pauschalen vereinbaren, wenn diese erforderlich sind, um die Behandlung von Kindern und Jugendlichen, die auf Überweisung erfolgt, angemessen zu vergüten (Satz 1). Die Pauschalen werden von der Krankenkasse unmittelbar vergütet (Satz 2). [§ 295 Abs. 1 SGB V](#) gilt entsprechend (Satz 3). Das Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke wird in der Vereinbarung nach Satz 1 geregelt (Satz 4). Soweit für das Jahr 2009 für diese Leistungen erstmals Pauschalen nach Satz 1 vereinbart werden, sind bei besonderen Einrichtungen die Erlössumme nach [§ 6 Abs. 3 KHEntgG](#) für das Jahr 2009 sowie der Gesamtbetrag nach [§ 6 Abs. 1 Bundespflegegesetzverordnung \(BpflV\)](#) für das Jahr 2009 und entsprechend das darin enthaltene Budget nach [§ 12 BpflV](#) jeweils in Höhe der Summe der nach Satz 1 vereinbarten Pauschalen zu vermindern (Satz 5). Bei Krankenhäusern nach [§ 4 Abs. 9 KHEntgG](#) ist das Erlösbudget in der Höhe zu vermindern, in der nach der bereits durchgeführten Angleichung an den Landesbasisfallwert noch Erlösanteile für diese ambulanten Leistungen enthalten sind (Satz 6). Der jeweilige Minderungsbetrag ist bereits bei der Vereinbarung der Vergütung nach Satz 1 festzulegen (Satz 7). Bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwerts nach [§ 10 KHEntgG](#) ist die Summe der für das Jahr 2009 vereinbarten ambulanten Pauschalen ausgabenmindernd zu berücksichtigen (Satz 8)."

24

Durch das GKV-FinG wurde [§ 120 Abs 1a Satz 5 SGB V](#) mit Wirkung vom 1.1.2011 wie folgt gefasst: "Soweit für ein Jahr für diese Leistungen erstmals Pauschalen nach Satz 1 vereinbart werden, sind bei besonderen Einrichtungen einmalig die Erlössumme nach [§ 6 Absatz 3 KHEntgG](#) für dieses Jahr sowie der Gesamtbetrag nach [§ 6 Absatz 1 BpflV](#) für dieses Jahr und entsprechend das darin enthaltene Budget nach [§ 12 BpflV](#) jeweils in Höhe der Summe der nach Satz 1 vereinbarten Pauschalen zu vermindern." Der bisherige Abs 1 Satz 6 wurde aufgehoben. Im bisherigen Satz 8 wurde die Angabe "Jahr 2009" durch die Wörter "jeweilige Jahr erstmalig" ersetzt.

25

(2) Danach kommt grundsätzlich auch eine rückwirkende Geltendmachung und Vereinbarung einer Pauschale nach [§ 120 Abs 1a Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Wortlaut, Entstehungsgeschichte, systematischer Zusammenhang sowie Sinn und Zweck der Vorschrift schließen nicht aus, dass die Pauschalen auch für Jahre gefordert und vereinbart werden können, die zum Zeitpunkt der erstmaligen Geltendmachung der Forderung schon abgelaufen sind.

26

(a) Die Beigeladene zu 1. weist zu Recht darauf hin, dass der Gesetzgeber keine Frist für die Aufforderung zu Verhandlungen oder den Abschluss einer Vereinbarung normiert hat. Soweit die Ursprungsregelung mehrfach auf das Jahr 2009 Bezug nahm, ist dies auf das Inkrafttreten der Regelung zum 1.1.2009 zurückzuführen und wurde mit der Änderung durch das GKV-FinG aufgegeben. Der systematische Zusammenhang der Regelung mit der Vergütung von Krankenhausleistungen spricht zwar dafür, dass die Pauschalen mit dem jeweiligen Krankenträger zeitnah vereinbart werden sollen, wie auch gemäß [§ 11 KHEntgG](#) die Vergütungen für die voll- und teilstationären

Leistungen des einzelnen Krankenhauses so vereinbart werden sollen, dass die neuen Entgelte mit Ablauf des laufenden Vereinbarungszeitraums in Kraft treten können. Eine rückwirkende Vereinbarung von Entgelten ist durch diese Zielvorstellung aber weder im ambulanten noch im stationären Bereich generell ausgeschlossen. Ebenso wenig ist zwingend vorgegeben, dass innerhalb eines bestimmten Zeitraums zu Verhandlungen aufgefordert wird.

27

(b) Der Geltendmachung einer Pauschale nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) für zurückliegende Zeiträume stehen auch Sinn und Zweck der Regelung, wie er im Gesetzgebungsverfahren zum Ausdruck gekommen ist, nicht entgegen. Nach der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zum KHRG hatte die Einfügung des Abs 1a in [§ 120 SGB V](#) den Zweck, mögliche Versorgungsengpässe bei der fachärztlichen ambulanten Versorgung von schwer und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen durch Unterfinanzierungen zu vermeiden. Aktuell werde diese Patientengruppe in erster Linie durch die auf Überweisung tätigen ermächtigten Ärztinnen und Ärzte in den Fach- und Spezialambulanzen der Kinderkliniken und der Krankenhäuser mit Kinderabteilungen betreut. Dabei habe sich eine Teilfinanzierung der Ambulanzen mit Mitteln aus dem stationären Budget etabliert, die die ambulante Spezialbehandlung durch die ermächtigten Krankenhausärzte mit ermöglicht habe. Diese Finanzierungsmöglichkeit sei zum einen aus rechtssystematischen Gründen und zum anderen deshalb nicht aufrechtzuerhalten, weil die DRG-Fallpauschalen-Vergütung nur noch die stationären Leistungen vergüte und zusätzliche Vergütungen zur Quersubventionierung ambulanter Krankenhausleistungen nicht mehr möglich seien. Eine im Jahr 2008 vom Institut des Bewertungsausschusses durchgeführte Erhebung zu den Behandlungskosten habe eine erhebliche Kostenunterdeckung in den Fach- und Spezialambulanzen ermittelt. Ob das Finanzierungsproblem durch kurzfristige Anpassungen des EBM-Ä in jedem Fall gelöst werden könne, sei zweifelhaft. Satz 1 des neuen Abs 1a sehe daher vor, dass ergänzende Pauschalen vereinbart werden sollten, falls diese zur Aufrechterhaltung der Behandlungsmöglichkeiten für die betroffenen Kinder und Jugendlichen erforderlich seien. Die Sätze 5 bis 8 enthielten Regelungen zur Bereinigung des Krankenhausbudgets, um auf Kassenseite eine Refinanzierung der ergänzenden Fallpauschale zu ermöglichen, da die Krankenkassen die ambulanten Leistungen der Fachambulanzen bisher über die stationären Vergütungen teilfinanziert hätten. Die Summe aller Minderungsbeiträge im Land sei nach Satz 8 bei der Vereinbarung des Landesbudgets aus dem Ausgabenvolumen für die stationäre Versorgung herauszunehmen. Je nach den Vereinbarungszeitpunkten für die ambulanten Fallpauschalen und für den Landesbasisfallwert könne dies beim Landesbasisfallwert 2009 oder 2010 durchgeführt werden ([BT-Drucks 16/11429 S 45, 46](#)).

28

Sinn und Zweck der Pauschale nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) war danach der Ausgleich des Wegfalls der Quersubventionierung der ambulanten Leistungen der ermächtigten Ärzte in den Spezialambulanzen aus Mitteln für die stationäre Versorgung. Im Interesse der Aufrechterhaltung des Versorgungsangebots sollte durch die Pauschale eine angemessene Vergütung der Leistungen in den Spezialambulanzen sichergestellt werden. Damit andererseits den Krankenkassen keine Mehrkosten entstanden, sollte eine Anrechnung der Pauschalen auf die Vergütung der stationären Leistungen erfolgen. Im Idealfall findet ein entsprechender Ausgleich prospektiv für das jeweils folgende Kalenderjahr statt. Das LSG hat auch zu Recht ausgeführt, dass die Beurteilung der "Erforderlichkeit" iS des [§ 120 Abs 1a SGB V](#) für die Aufrechterhaltung der Behandlungsmöglichkeiten eine zukunftsorientierte Betrachtung erfordert. Das schließt indes nicht aus, dass in der Vergangenheit Unterdeckungen entstanden sind, die - auch angesichts ihrer Dauer - die Aufrechterhaltung eines Versorgungsangebots in Frage stellen können. Sie ergeben sich häufig als Folge einer kontinuierlichen Entwicklung, die letztlich die Notwendigkeit eines Ausgleichs begründet. Es ist nicht ersichtlich, dass [§ 120 Abs 1a SGB V](#) allein die Situation betrifft, dass aufgrund eines akuten Finanzierungsproblems die alsbaldige Schließung einer Ambulanz zu befürchten ist. Eine solche Einschränkung lässt sich weder dem Wortlaut noch den Materialien aus dem Gesetzgebungsverfahren entnehmen. Dass Leistungserbringer eine unzureichende Vergütung für zurückliegende Zeiträume geltend machen und insofern auch nachträglich eine Verbesserung herbeigeführt wird (vgl etwa [BSGE 92, 87](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 8](#) zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen), ist im Übrigen keine in der gesetzlichen Krankenversicherung gänzlich außergewöhnliche Konstellation.

29

(c) Die Beigeladene zu 1. weist zu Recht darauf hin, dass ein Ausgleich bei der Festsetzung des Landesbasisfallwerts für die Krankenkassen im jeweiligen Jahr der Geltendmachung der Pauschalen möglich ist. Dass in der Begründung des Ausschusses für Gesundheit für die Regelung des [§ 120 Abs 1a SGB V](#) nur die Herausrechnung der Pauschale aus dem Ausgabenvolumen für stationäre Versorgung für die Jahre 2009 und 2010 erwähnt ist, deutet nicht, wie die Klägerin meint, auf eine entsprechende zeitliche Beschränkung hin, sondern ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Begründung des Ausschusses aus November 2010 datiert. Da zu diesem Zeitpunkt erst zwei Vereinbarungen über Pauschalen getroffen worden waren, ist damit zum Ausdruck gebracht, dass eine Berücksichtigung der Pauschalen nicht notwendig beim Landesbasisfallwert des Jahres erfolgen muss, für das die Pauschalen vereinbart wurden. Die Beigeladene zu 1. verweist insofern zu Recht auf den Unterschied zwischen der Regelung in [§ 120 Abs 1a Satz 7 SGB V](#) einerseits, die eine Berücksichtigung der für das jeweilige Jahr erstmalig vereinbarten ambulanten Pauschale vorsieht, und [§ 120 Abs 1a Satz 5 SGB V](#) andererseits, wonach bei besonderen Einrichtungen einmalig die Erlössumme nach § 6 Abs 3 KHEntgG für dieses Jahr in Höhe der Summe der vereinbarten Pauschalen zu vermindern ist.

30

Der Einwand der Klägerin, eine Refinanzierung sei keinesfalls gesichert, weil in den Vereinbarungen des Landesbasisfallwerts enge Grenzen für eine Berücksichtigung der Pauschalen gezogen würden, ist schon deshalb nicht überzeugend, weil sie diese Grenzen im Vereinbarungsweg selbst (mit)gezogen hat. Soweit sie eine mangelnde Kalkulationssicherheit für den Fall der rückwirkenden Geltendmachung einer Pauschale moniert, ist ihr entgegenzuhalten, dass die Ermittlung des Basisfallwerts stets mit erheblichen Kalkulationsrisiken behaftet ist, weshalb das KHEntgG in § 10 Abs 1 eine Begrenzung der Risiken durch Berichtigungen vorsieht (vgl Gamperl in Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, Bd 2, Stand August 2016, KHEntgG § 10 Anm 6). In welchem Umfang Berichtigungen vorgesehen werden, liegt im Verhandlungsspielraum der Vertragspartner.

31

(3) Zum Zeitpunkt der Geltendmachung der Pauschale war die Forderung auch noch nicht verjährt. Das LSG hat zu Recht ausgeführt, dass es sich bei der Pauschale nicht um eine Sozialleistung iS des [§ 40 SGB I](#) handelt. Ebenso wie für Honoraransprüche von Vertragsärzten ([BSGE 76, 117](#), 118 f = [SozR 3-1200 § 45 Nr 5 S 16](#)) oder einbehaltene Beträge der Gesamtvergütung (vgl BSG Urteil vom 15.6.2016 - [B 6 KA 22/15 R](#) - SozR 4-2500 § 140d Nr 3 RdNr 38) gilt aber eine vierjährige Verjährungsfrist, wie sie auch in [§ 45 Abs 1 SGB I](#) vorgesehen ist. Diese Frist lief hier für Pauschalen für das Jahr 2010 vom 1.1.2011 bis zum 31.12.2014. Selbst wenn man nicht in entsprechender Anwendung von [§ 203 BGB](#) von einer Verjährungshemmung wegen schwebender Verhandlungen nach dem Schreiben der Beigeladenen vom 8.10.2013 ausgeht, ist die Frist noch durch die Klageerhebung am 29.12.2014 gewahrt.

32

(4) Die Festsetzung der Pauschale dem Grunde und der Höhe nach ist der Beklagten nicht zur Entscheidung angefallen, weil die Vertragspartner sich insofern geeinigt haben. Soweit die Beklagte für den Zeitraum vom 1.1.2012 bis 31.12.2012 eine Pauschale in Höhe von 110 Euro festgesetzt hat, hat dies lediglich deklaratorischen Charakter. Nach dem Ergebnisprotokoll einer Vereinbarung nach [§ 120 Abs 1a SGB V](#) vom 17.3.2014 galt eine Quartalspauschale in Höhe von 110 Euro für den Fall als vereinbart ("geeignet"), dass ein Anspruch für die Jahre 2009 bis 2012 bestehen sollte. Die Einigung auf einen konkreten Betrag kann nur dahin verstanden werden, dass im Grundsatz Konsens über die Erforderlichkeit der Pauschale bestand. Streitpunkt zwischen den Vertragspartnern war stets nur die Zulässigkeit der Geltendmachung einer Pauschale für zurückliegende Zeiträume. Dafür spricht nicht zuletzt auch die Vereinbarung von Pauschalen für die Folgejahre. Gegenstand des Schiedsverfahrens kann aber nur etwas sein, worüber sich die Vertragspartner nicht geeinigt haben. Die von der Beklagten entschiedene Frage konnte auch isoliert behandelt werden (vgl zur Teilbarkeit von Schiedsstellenentscheidungen Quaaas in Schnapp/Düring, Handbuch des sozialrechtlichen Schiedsverfahrens, 2. Aufl 2016, RdNr 607 f). Es entspricht dem subsidiären Charakter des Schiedsverfahrens, dass eine Teileinigung der Parteien keiner Überprüfung durch die Schiedsstelle unterliegt.

33

(5) Der Anspruch der zu 1. beigeladenen Krankenhausträgerin ist aber hinsichtlich der Jahre 2010 und 2011 verwirkt. Die Verwirkung verlangt neben dem bloßen Zeitablauf immer besondere Umstände, die die verspätete Geltendmachung des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen. Solche, die Verwirkung auslösenden "besonderen Umstände" liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage), und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauensstatbestand), und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 58 RdNr 20 mwN). Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt.

34

Vom Krankenhausträger kann erwartet werden, dass er jedenfalls im Folgejahr nach Abschluss der Bilanzierung des vergangenen Jahres und Feststellung des Jahresabschlusses gegenüber den Kostenträgern die Forderung nach zusätzlichen Pauschalen gemäß [§ 120 Abs 1a SGB V](#) geltend macht. Ob die Vereinbarung einer Pauschale zur angemessenen Vergütung der Leistungen der Spezialambulanzen erforderlich ist, zeigt sich spätestens nach der vollständigen Abrechnung der Leistungen der ermächtigten Ärzte gegenüber der KÄV einerseits und dem buchhalterischen Abschluss eines Haushaltsjahres für das Krankenhaus andererseits. Nach Ablauf eines Jahres nach dem jeweils betroffenen Jahr müssen sich die Krankenkassen darauf verlassen können, dass sie nicht für längere Zeit rückwirkend auf die Zahlung von Pauschalen in Anspruch genommen werden, soweit sie dazu vom Krankenhausträger keinen Hinweis in Form eines Antrags erhalten haben.

35

Insofern unterscheidet sich die Konstellation nicht grundlegend von derjenigen, in der ein Krankenhaus nach vorbehaltlos erteilter Schlussrechnung für die stationäre Behandlung eines Versicherten eine Nachforderung stellt. Nach der Rechtsprechung des 1. Senats des BSG entsteht im Anschluss hieran in der Regel eine Vertrauensgrundlage, wenn das Krankenhaus eine Nachforderung weder im laufenden noch im nachfolgenden vollen Haushaltsjahr der Krankenkasse geltend macht. Hieran richte die Krankenkasse ihr Verhalten aus und sehe von haushaltsrechtlich relevanten Vorkehrungen ab. In dem dauerhaften Vertragsrahmen der Zusammenarbeit von Krankenhaus und Krankenkasse sei eine gegenseitige Rücksichtnahme zu erwarten. Die Krankenkassen seien auf tragfähige Berechnungsgrundlagen angewiesen, um etwaige auf das folgende Haushaltsjahr zu übertragende Über- und Unterdeckungen zu erkennen. Die Krankenhäuser würden umfassend über die für die Erteilung der Abrechnung der stationären Behandlung der Versicherten erforderlichen Informationen verfügen. Deshalb dürfe die Krankenkasse grundsätzlich davon ausgehen, dass keine Nachforderungen erhoben würden, die ihre Kalkulationsgrundlagen beeinträchtigen würden (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 58 RdNr 21, 22).

36

Im Unterschied dazu geht es hier zwar um die Vergütung ambulanter Leistungen. Diese werden im Rahmen der bestehenden Ermächtigungen von der KÄV vergütet. Es erfolgt mithin keine "Schlussrechnung" gegenüber der zuständigen Krankenkasse, sondern zunächst eine Abrechnung der Leistungen gegenüber der KÄV. Die Pauschale stellt lediglich eine ergänzende Honorierung der durchgeführten Spezialbehandlungen dar, die eine insgesamt angemessene Vergütung der Leistungen in der Einrichtung sicherstellen soll (vgl Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Bd 3, Stand Dezember 2016, § 120 RdNr 8b). Zum Nachweis der Erforderlichkeit einer zusätzlichen Pauschale bedarf es Darlegungen des Krankenhausträgers, die über die an der Diagnose orientierte Rechnungslegung hinausgehen und eine betriebswirtschaftliche Analyse fordern. Es kann aber erwartet werden, dass nach Abschluss der Analyse, wenn alle Umstände feststehen, aus denen sich Ansprüche für ein abgeschlossenes Wirtschaftsjahr ergeben können, etwaige Forderungen geltend gemacht werden. Das folgt bereits aus dem Gebot der Rücksichtnahme auf die berechtigten Belange der anderen Seite im Rahmen der Dauerbeziehung zwischen Krankenhausträger und Krankenkassen. Diese Verpflichtung schließt es aus, bis zum Ablauf der vierjährigen Verjährung mit der Antragstellung zu warten und den Krankenkassen damit keinen Hinweis auf die Notwendigkeit von Rückstellungen zu geben. Dabei ist unerheblich, aus welchen Gründen die Geltendmachung eines Anspruchs unterblieben ist. Soweit die Beigeladene zu 1. hier vorträgt, sie habe angesichts der Haltung der Krankenkassen eine frühere Geltendmachung nicht für erfolgversprechend gehalten, ist dies

im Übrigen jedenfalls seit der Einführung der Schlichtungsregelung nicht ohne Weiteres plausibel.

37

Diese Beurteilung entspricht der Rechtsprechung des Senats, wonach im Rahmen der Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen möglichst Verwerfungen zu vermeiden sind, die dadurch entstehen, dass die aktuelle Gesamtvergütung mit Zahlungen für Leistungen aus lange zurückliegenden Quartalen belastet wird. Grundsätzlich haben sowohl die Vertragsärzte als auch die die Gesamtvergütung entrichtenden Krankenkassen einen Rechtsanspruch darauf, dass die für ein bestimmtes Quartal geleistete Gesamtvergütung möglichst ungeschmälert für die Honorierung der in diesem Quartal erbrachten Leistungen verwendet wird. Das determiniert auch die Ausübung des Ermessens im Rahmen des [§ 44 Abs 2 SGB X](#) bei der Korrektur bestandskräftiger Honorarbescheide (vgl BSG [SozR 4-1300 § 44 Nr 6](#) RdNr 17 ff).

38

4. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) iVm [§ 154 Abs 1 VwGO](#). Die Erstattung der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu 2. bis 6. ist nicht veranlasst, weil sie keine Anträge gestellt haben ([§ 162 Abs 3 VwGO](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2018-03-02