
S 8 KR 466/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Darmstadt
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	8
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 KR 466/16
Datum	28.08.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 425/17
Datum	08.11.2018

3. Instanz

Datum	21.11.2019
-------	------------

1. Die Beklagte wird verurteilt an die KlÄgerin 2.406,62 EUR zuzÄglich Zinsen in HÄhe von 5 Prozentpunkten Äber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 01.08.2015 zu zahlen.

2. Die Beklagte trÄgt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine KrankenhausvergÄtung in HÄhe von 2.406,62 EUR.

Die KlÄgerin ist TrÄgerin des GPR-Klinikums in A-Stadt. Die bei der Beklagten versicherte E. E. wurde im Krankenhaus der KlÄgerin vom 10.4.2015 bis zum 7.5.2015 stationÄr behandelt. Die KlÄgerin rechnete am 10.6.2015 die DRG F49D ab, was einem Betrag von 4.499,06 EUR entsprach.

Die Beklagte zahlte den Betrag zunÄchst und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit der PrÄfung der Rechnung. Es sollte die Richtigkeit der Kodierung der Hauptdiagnose und der Nebendiagnose geprÄft

werden, ebenso wie das Überschreiten der oberen Grenzverweildauer. Der MDK forderte bestimmte Unterlagen an. Im Gutachten vom 28.7.2015 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass die Nebendiagnose zu streichen gewesen wäre, die Hauptdiagnose zu ändern gewesen wäre und dass die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer nicht notwendig gewesen wäre.

Die Beklagte erklärte daher am 30.7.2015:

" In oben angegebenen Fall haben wir den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung um eine gutachterliche Stellungnahme gebeten.

Aus diesem Grund wurde Ihre Abrechnung entsprechend des Gutachtens korrigiert und verrechnet.

Gemäß Gutachten wurde die Nebendiagnose K62.5 gestrichen und die Hauptdiagnose I25.12 in I20.0 (DRG-Änderung auf F49G). Ferner ist die zwingende medizinische Notwendigkeit überschreiten der OVG () den vorgelegten Unterlagen nicht zu entnehmen. Daraus erfolgte der Erstattungsanspruch in Höhe von 4.891,64 EUR "

Die Klägerin akzeptierte sodann die Aufrechnung teilweise, nämlich soweit die Hauptdiagnose geändert wurde und der Zuschlag für die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer gestrichen wurde. Soweit der MDK die Nebendiagnose K62.5 gestrichen hat, blieb die Beklagte bei ihrer Auffassung, so dass sie den Teilbetrag in Höhe von 2.406,62 EUR weiterhin von der Beklagten forderte.

Die Klägerin hat am 26.7.2016 Klage vor dem Sozialgericht Darmstadt erhoben.

Die Klägerin meint, dass ihr der noch geltend gemachte (Rest-)Anspruch zustehe. Sie habe zu Recht als Nebendiagnose die Diagnose K62.5 kodiert. Die Vertragspartner der PrÄfvV seien nicht dazu befugt Regelungen zu treffen, die Ansprüche der Klägerin begrenzen. Materielle Einwendungs- und Ausschlussfristen beinhalte die PrÄfvV nicht. Dazu wären die Vertragspartner nicht legitimiert. Die Klägerin verweist auf Entscheidungen von Sozialgerichten, die ihre Auffassung stützen sollen. Außerdem sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die PrÄfvV auf "Kodierstreitigkeiten" nicht anwendbar. Die Klägerin habe auch keine Korrektur der Rechnung vorgenommen.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 2.406,62 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 1.8.2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte berief sich zunächst auf das Gutachten des MDK, wonach die Nebendiagnose K62.5 zu streichen sei. Im Laufe des Verfahrens lies die Beklagte die

beigezogene Patientenakte noch einmal ärztlich begutachten. Die Beklagte kam anschließend nachdem die vollständigen Patientenakten vorgelegt wurde zu dem Ergebnis, dass die Klägerin die Rechnung hinsichtlich der Nebendiagnosen zutreffend kodiert habe (vgl. Bl. 28 der Gerichtsakte). Allerdings habe die Klägerin dem MDK die angeforderten Unterlagen nicht vollständig zur Verfügung gestellt. Daher sei der Anspruch gemäß § 7 Abs. 5 PrÄfV entfallen. Die Beklagte verwies auf Entscheidungen von Sozialgerichten, die ihre Auffassung bestätigen sollen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten, den Inhalt der Patientenakte und auf den Inhalt der Gerichtsakte.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist vollumfänglich begründet.

I.

Die Klage ist zulässig. Die Klägerin macht einen Anspruch auf Vergütung der Krankenhausbehandlung gegenüber der Beklagten mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers auf Zahlung von Behandlungskosten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 16.12.2008, Az. [B 1 KN 1/07 KR R](#) m.w.N.). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

II.

Die zulässige Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch gegenüber der Beklagten auf Zahlung von 2.406,62 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 1.8.2015.

1. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) (in der hier anzuwendenden Fassung vom 26.3.2007) i.V.m. § 7 S. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG in der hier anzuwendenden Fassung des Gesetzes vom 15.7.2013), § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG in der hier anzuwendenden Fassung des Gesetzes vom 15.7.2013), dem maßgeblichen Fallpauschalen-Katalog und den Abrechnungsbestimmungen gemäß [§ 9 KHEntgG](#) sowie dem zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den entsprechenden Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 SGB V](#) für das Land Hessen.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die

Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den bei ihr versicherten Patienten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [Â§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich ist (vgl. Urteil des Bundessozialgericht vom 25.11.2010, Az. [B 3 KR 4/10 R](#)).

2. Der Vergütungsanspruch der Klägerin in Höhe von 2.406,62 EUR â der hier zunÃchst unstreitig entstanden war -, ist im vorliegenden Fall nicht durch eine Aufrechnung der Beklagten mit einer Ãffentlich-rechtlichen Erstattungsforderung bezÃglich der Behandlung der Versicherten E. E. gemÃÃ [Â§ 387](#) BÃrgerliches Gesetzbuch (BGB) analog untergegangen. Ein solches Recht zur Aufrechnung aus einem Ãffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch stand der Beklagten in Bezug auf die Behandlung des Versicherten E. E. nicht zu, da es bereits an einem Ãffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch fehlt.

Der im Ãffentlichen Recht auch ohne ausdrÃckliche Normierung anerkannte Ãffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist aus allgemeinen GrundsÃtzen des Verwaltungsrechts, insbesondere der GesetzmÃÃigkeit der Verwaltung, herzuleiten. Er tritt bei Ãffentlich-rechtlich geprÃgten Rechtsbeziehungen an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach [Â§ 812](#) BÃrgerliches Gesetzbuch (BGB). FÃr einen solchen Ãffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch ist Voraussetzung, dass im Rahmen eines Ãffentlich-rechtlichen RechtsverhÃltnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose VermÃgensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. dazu im Einzelnen und mit weiteren Nachweisen das Urteil des Bundessozialgerichts vom 8.11.2011, Az. [B 1 KR 8/11 R](#)). Im vorliegenden Fall ist die Rechtsbeziehungen zwischen dem klagenden KrankenhaustrÃger und der beklagten Krankenkasse zwar Ãffentlich-rechtlicher Natur (vgl. Urteil des Bundessozialgerichts vom 8.11.2011, Az. [B 1 KR 8/11 R](#)). Jedoch hat die Beklagte die Zahlung auf die Rechnung der KlÃgerin vom 10.6.2015 fÃr die Behandlung der Versicherten E. E. nicht ohne Rechtsgrund geleistet.

Im Einzelnen:

a) Zwischen den Beteiligten ist inzwischen unstreitig, dass im Rahmen der stationÃren Behandlung der Versicherten E. in der Zeit vom 10.4.2015 bis zum 7.5.2015 die Nebendiagnose K62.5 zu kodieren war und die KlÃgerin insoweit ihrer Rechnung richtig kodiert hatte. Daran hat die Kammer ebenfalls keine Zweifel.

Auf die ursprÃnglich behauptete Streichung der Nebendiagnose K62.5 kann sich die Beklagte zur BegrÃndung ihres behaupteten Ãffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs somit nicht berufen.

b) Ebensowenig kann sich die Beklagte mit Erfolg darauf berufen, dass [Â§ 7 Abs. 2 PrÃfvV](#) oder [Â§ 7 Abs. 5 PrÃfvV](#) den geltend gemachten Ãffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch begrÃnden kann.-

[Â§ 7 Abs. 2 S. 2 bis 4 PrÃfvV](#) sieht zwar vor:

"Bei einer Prüfung im schriftlichen Verfahren kann der MDK die Übersendung einer Kopie der Unterlagen verlangen, die er zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung benötigt. Das Krankenhaus hat die Unterlagen innerhalb von 4 Wochen nach Zugang der Unterlagenanforderung an den MDK zu übermitteln. Erfolgt dies nicht, hat das Krankenhaus einen Anspruch nur auf den unstrittigen Rechnungsbetrag."

Und § 7 Abs. 5 PrüfV regelt außerdem:

"Korrekturen oder Ergänzungen von Datensätzen sind nur einmalig möglich. Diese hat der MDK nur dann in seine Prüfung einzubeziehen, wenn sie innerhalb von 5 Monaten nach Einleitung des MDK-Prüfverfahrens nach § 6 Absatz 2 an die Krankenkasse erfolgen. Unabhängig hiervon kann das Krankenhaus bei Erweiterung des Prüfverfahrens nach § 6 Absatz 3 Satz 4 eine einmalige Korrektur oder Ergänzung des Datensatzes innerhalb von 5 Monaten nach dieser Erweiterung vornehmen. Je nach Eingang der Korrektur bzw. der Ergänzung verlängert sich die Gesamtprüffrist nach § 8 Satz 3 entsprechend. [§ 275 Absatz 1c Satz 3 SGB V](#) findet auf Prüfungen, die aufgrund dieser Korrekturen nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führen, keine Anwendung."

Die Argumentation der Beklagten im Hinblick auf diese Regelungen vermag jedoch gleich aus mehreren Gründen nicht zu überzeugen.

Im Einzelnen:

(1) Zwar sprechen die vorliegenden Unterlagen in der Tat dafür, dass dem MDK bei der anfänglichen Prüfung die angeforderten Unterlagen nicht vollständig vorgelegen haben. Dies hat der MDK in seinem Gutachten vom 28.7.2015 auch ausdrücklich moniert.

Trotzdem kann sich die Beklagte hier nicht mit Erfolg auf § 7 Abs. 2 PrüfV oder § 7 Abs. 5 PrüfV berufen. Denn nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts soll die PrüfV bei Prüfungen der Kodierung, also der sachlich-rechnerischen Richtigkeit gerade keine Anwendung finden. So heißt es etwa in dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 18.10.2016 (Az. [B 1 KR 18/16 R](#)):

"Entgegen der Auffassung des SG kann aus dem Inhalt der zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs 1c SGB V](#) (Prüfverfahrensvereinbarung â PrüfV) nicht abgeleitet werden, dass die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit ebenfalls von [§ 275 Abs 1c SGB V](#) erfasst ist. Die PrüfV ist auf Grund der Ermächtigung des [§ 17c Abs 2 KHG](#) (idF des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, [BGBl I 2423](#)) mit Wirkung zum 1.9.2014 in Kraft getreten (§ 12 Abs 1 S 1 PrüfV). [§ 17c Abs 2 S 1 KHG](#) ermächtigt die Vertragsparteien dazu, das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs 1c SGB V](#) zu regeln. Welche Prüfgegenstände eine PrüfV haben kann, wird somit durch

[Â§ 275 Abs 1c SGB V](#) vorgegeben. Anlass zur Schaffung einer PrÃ¼fvV hatte der Gesetzgeber gesehen, weil die Vertragsparteien auf Landesebene nicht in allen BundeslÃ¤ndern VertrÃ¤ge insbesondere zur Ã¼berprÃ¼fung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geschlossen haben (vgl. [Â§ 112 Abs 1 iVm Abs 2 Nr 2 SGB V](#)) und weil bestehende Regelungsinhalte â nach Auffassung des Gesetzgebers â nur sehr allgemein gehalten und oft veraltet seien (vgl. [BT-Drucks 17/13947 S 38](#)). Die im Schrifttum (vgl. Knispel, GesR 2015, 200, 206) vertretene Auffassung, es entspreche dem Willen des Gesetzgebers, "Meinungsverschiedenheiten Ã¼ber Kodier- und Abrechnungsfragen" (Bezugnahme auf [BT-Drucks 17/13947 S 38](#) f) ebenfalls der PrÃ¼fvV zu unterstellen, sodass [Â§ 275 Abs 1c SGB V](#) auch PrÃ¼fungen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit erfassen mÃ¼sse, findet im Gesetz und in den Gesetzesmaterialien zu [Â§ 17c Abs 2 KHG](#) keine Grundlage. AusfÃ¼hrungen zu Meinungsverschiedenheiten Ã¼ber Kodier- und Abrechnungsfragen kÃ¶nnen den Gesetzesmaterialien nur im Zusammenhang mit der in [Â§ 17c Abs 3 KHG](#) geschaffenen ErmÃ¤chtigung zur Schaffung eines Schlichtungsausschusses auf Bundesebene fÃ¼r Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsÃ¤tzlicher Bedeutung entnommen werden ([BT-Drucks 17/13947 S 38](#) f). Die Gesetzesmaterialien zu [Â§ 17c Abs 2 KHG](#) lassen keinen RÃ¼ckschluss auf den Inhalt des [Â§ 275 Abs 1c SGB V](#) zu." (Hervorhebung in Fettdruck durch das Gericht)

Legt man diese Rechtsprechung im vorliegenden Fall zugrunde, so kann sich die Beklagte hier gerade nicht auf [Â§ 7 Abs. 2 PrÃ¼fvV](#) oder [Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV](#) berufen, da die PrÃ¼fvV bei Streitigkeiten Ã¼ber die Kodierung von Nebendiagnosen eben gar nicht anwendbar sein soll und hier nur noch die Kodierung der Nebendiagnose K62.5, also eine Frage der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Kodierung, zwischen den Beteiligten im Streit steht

(2) DarÃ¼ber hinaus ist die Kammer der Auffassung, dass die Beklagte sich auch deshalb auf [Â§ 7 Abs. 2 S. 4 PrÃ¼fvV](#) bzw. [Â§ 7 Abs. 5 PrÃ¼fvV](#) nicht mit Erfolg berufen kann, da die Vertragsparteien der PrÃ¼fvV auch nicht berechtigt sind, AnspruchsausschlÃ¼sse zu vereinbaren. Denn dies ist von der gesetzlichen Grundlage in [Â§ 17c Abs. 2 KHG](#) nicht gedeckt.

ZunÃ¤chst verweist das Gericht insoweit auf die zutreffenden AusfÃ¼hrungen des Sozialgerichts Kassel im Gerichtsbescheid vom 25.11.2016 (Az. [S 12 KR 594/15](#)). Darin heiÃt es:

"Unmittelbar aus dem Gesetz lÃ¤sst sich danach allein die ErmÃ¤chtigung zur Regelung von Verfahrensfragen ableiten, nicht mehr und nicht weniger, wobei die vorgenannten Regelungen nach Auffassung des erkennenden Gerichts dann auch und gerade keine ErmÃ¤chtigung zur Festlegung Ã¼ber die im SGB V ausdrÃ¼cklich gesetzlich geregelten materiellen Einwendungs- und Ausschlussfristen hinaus beinhalten. Eine solche Kompetenz/Legitimation kÃ¶me den "Vertragspartnern" der PrÃ¼fvV â weder fÃ¼r noch gegen die Beklagte â nicht zu, sie wÃ¤re nicht von [Â§ 17c Abs. 2 KHG](#) gedeckt. In diesem Zusammenhang verwiesen sei auf das BSG-Urteil vom 19. April 2016, [B 1 KR 33/15 R](#) (verÃ¶ffentlicht u.a. in juris und unter www.sozialgerichtsbarkeit.de), wonach dann auch Ã¼ber die gesetzliche ErmÃ¤chtigung und [Â§ 275 SGB V](#) hinausgehende

Leistungsausschlüsse, sollten solche aus der PrÄfvV tatsächlich herleitbar sein, ebenfalls zu einer Teilnichtigkeit auch der PrÄfvV führen dürfen. Diese sollen nämlich als PrÄfverfahrensvereinbarung allein verfahrensrechtliche Fragen regeln; allein hierzu waren der GKV-Spitzenverband und die Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. gesetzlich ermächtigt und nicht darüber hinaus zur Normierung "übergesetzlicher" Leistungsausschlüsse"

Ebenso verweist die Kammer auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgericht Detmold im Urteil vom 31.3.2017, Az. [S 24 KR 230/16](#). Darin heißt es:

"Die Beklagte hat keine Einwände gegen die Ausführungen des Sachverständigen erhoben. Soweit sie die Ansicht vertritt, dass aus der PrÄfvV ein Einwendungsausschluss bzw. ein Beweisverwertungsverbot für das Gerichtsverfahren resultiere, weil die Klägerin den OP-Bericht nicht innerhalb von vier Wochen an den MDK übersandt haben soll, folgt die Kammer dieser Rechtsauffassung nicht. Selbst wenn man davon ausginge, dass der OP-Bericht tatsächlich nicht innerhalb der Frist des Â§ 7 Abs. 2 Satz 3 PrÄfvV an den MDK übersandt wurde, folgt daraus weder eine Präklusion in medizinisch-tatsächlicher Hinsicht noch eine eingeschränkte Amtsermittlung durch das Gericht. Ein solcher Schluss kann der PrÄfvV nämlich nicht entnommen werden. Die Inhalte der PrÄfvV sind nach Â§ 2 Abs. 2 PrÄfvV für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser zwar unmittelbar verbindlich. Diese Verbindlichkeit bezieht sich aber nur auf das Prüfungsverfahren selbst, nicht auf ein sich hieran anschließendes Gerichtsverfahren. Wenn die Vertragsparteien der PrÄfvV eine solche weitreichende Rechtsfolge beabsichtigt hätten, hätten sie das auch ausdrücklich regeln müssen. Die PrÄfvV als untergesetzliche Norm ist nicht geeignet, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses nach dem SGB V einzuschränken. Nach der Rechtsprechung des BSG (vgl. etwa Urteil vom 19.04.2016 - [B 1 KR 33/15 R](#) -, juris) sind materiell-rechtliche Ausschlussfristen zu Lasten der Versichertengemeinschaft unzulässig, weil sie zur Folge haben, dass Krankenkassen verpflichtet werden, im Widerspruch zum Wirtschaftlichkeitsgebot Vergütungen auch für nicht erforderliche Krankenhausbehandlungen zu zahlen, und zudem gehindert sind, eigene Erstattungsansprüche im Falle von ungerechtfertigten Überzahlungen geltend zu machen. Gleiches muss auch für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser gelten. Dessen ungeachtet ist fraglich, ob Â§ 7 Abs. 2 Satz 3 PrÄfvV überhaupt als Ausschlussfrist konzipiert ist, weil die Vertragsparteien der PrÄfvV darin anders als etwa in Â§ 6 Abs. 2 Satz 3 PrÄfvV und Â§ 8 Satz 4 PrÄfvV nicht davon sprechen, dass es sich um eine Ausschlussfrist handele. Darauf kommt es aber im Ergebnis nicht an, weil auch die Konzeption als Ausschlussfrist keine Auswirkungen auf das Gerichtsverfahren hätte."

Diesen überzeugenden Ausführungen in den Urteilen des Sozialgerichts Kassel und des Sozialgerichts Detmold schließt sich die Kammer an. Die Kammer ist daher der Auffassung, dass die Vertragsparteien der PrÄfvV nicht berechtigt sind Leistungsausschlüsse zu vereinbaren. Dazu fehlt es an einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Dafür spricht nach Auffassung der Kammer im Übrigen auch der Wortlaut des [Â§ 17c KHG](#). Darin heißt es nämlich:

"Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach [Â§ 275 Absatz 1c](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu [Â§ 275 Absatz 1c Satz 2](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch möglich. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen; die [Â§§ 275 bis 283](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleiben im Übrigen unberührt. Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande, trifft auf Antrag einer Vertragspartei die Schiedsstelle nach [Â§ 18a Absatz 6](#) die ausstehenden Entscheidungen. Die Vereinbarung oder Festsetzung durch die Schiedsstelle ist für die Krankenkassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich." (Hervorhebung in Fettdruck durch das Gericht)

Aus dem Wortlaut des [Â§ 17c KHG](#) kommt also eindeutig zum Ausdruck, dass einerseits die Vertragsparteien nur das "Verfahren" der Prüfung nach [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) regeln dürfen (und keine Leistungsausschlüsse) und andererseits kommt zum Ausdruck, dass Abweichungen von den gesetzlichen Regelungen nur zulässig sind, soweit die Vertragsparteien in [Â§ 17c Abs. 2 KHG](#) ausdrücklich dazu ermächtigt werden, nämlich nur im Hinblick auf die Regelung des 275 Abs. 1c S. 2 SGB V. Hätte der Gesetzgeber eine weitergehende Regelungskompetenz für Abweichungen von den gesetzlichen Regelungen, etwa zur Vereinbarung von gesetzlich nicht vorgesehenen Leistungsausschlüssen zugunsten der Vertragsparteien der PrüfV normieren wollen, hätte er dies ausdrücklich in die Rechtsgrundlage für die Vereinbarung der PrüfV hineinschreiben müssen.

c) Aus den dargelegten Gründen war der Klage hinsichtlich des geltend gemachten Hauptanspruchs in vollem Umfang stattzugeben.

3. Die Nebenentscheidung zu den Zinsen basiert auf dem Hessischen Landesvertrags nach [Â§ 112 SGB V](#). Einwände gegen die geltend gemachten Zinsen sind von der Beklagten auch nicht erhoben worden.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Â§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach trägt die Beklagte als unterliegender Teil die Kosten des Verfahrens. Soweit die Beklagte wünscht, dass der Klägerin die Kosten des Verfahrens auferlegt werden, sieht die Kammer dafür aus den dargelegten Gründen keinen Raum.

Erstellt am: 09.11.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024