

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
13. November 2012

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 27/11 R

L 5 KR 3136/09 (LSG Baden-Württemberg)
S 10 KR 7276/05 (SG Stuttgart)

1. Verband der Ersatzkassen e.V. - vdek,
Askanischer Platz 1, 10963 Berlin,
2. Landesverband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg,
Stuttgarter Straße 105, 70806 Kornwestheim,
3. IKK classic,
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden,
4. Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
als Trägerin der Kranken- und Pflegeversicherung,
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum,

Kläger und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte zu 1. bis 4.:

g e g e n

Schiedsstelle nach § 114 SGB V für Baden-Württemberg,
Heilbronner Straße 184, 70191 Stuttgart,

Beklagte, Revisionsbeklagte und
Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

beigeladen:

1. Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V.,
Birkenwaldstraße 151, 70191 Stuttgart,

Prozessbevollmächtigte:

2. AOK Baden-Württemberg - Die Gesundheitskasse,
Heilbronner Straße 184, 70191 Stuttgart,

Revisionskläger und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte:

3. Landwirtschaftliche Krankenkasse Baden-Württemberg,
Vogelrainstraße 25, 70199 Stuttgart.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 13. November 2012 durch den Richter Prof. Dr. Hauck als Vorsitzenden, die Richterinnen Dr. Roos und den Richter Dr. Estelmann sowie die ehrenamtlichen Richterinnen Geppert und Berndt für Recht erkannt:

Auf die Revisionen der Beklagten sowie der Beigeladenen zu 1) und 2) wird das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 9. März 2011 geändert, soweit es die Beklagte zur Neubescheidung verpflichtet hat. Insoweit wird die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 28. Mai 2009 zurückgewiesen. Im Übrigen werden die Revisionen der Beklagten sowie der Beigeladenen zu 1) und 2) zurückgewiesen.

Die Beklagte und die Beigeladenen zu 1) und 2) tragen die Kosten des Revisionsverfahrens. Kosten der Beigeladenen zu 3) sind nicht zu erstatten.

Der Streitwert wird für alle Rechtszüge auf 2 500 000 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

- 1 Die Beteiligten streiten über einen Einwendungsausschluss nach sechs Monaten und ein MDK-Prüferfordernis bezüglich Krankenhausvergütungen als Teilregelungen eines Schiedsspruchs der beklagten Schiedsstelle nach § 114 SGB V.
- 2 Der Kläger zu 2) ist ein Landesverband der Krankenkassen (KKn), der Kläger zu 1) ein Verband der Ersatzkassen. Er nimmt ebenso die Aufgaben eines Landesverbandes der KKn wahr wie die Kläger zu 3) und 4) und die Beigeladenen zu 2) und 3), die alle KKn sind. Sie alle vereinbarten mit der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, der Beigeladenen zu 1), einen Landesvertrag (LV nach § 112 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB V über die allgemeinen Bedingungen der

Krankenhausbehandlung), der bis 31.12.2003 galt. Nach gescheiterten Verhandlungen über einen Anschlussvertrag beantragten einerseits die Kläger und andererseits die Beigeladene zu 2) im späteren Einvernehmen mit den Beigeladenen zu 1) und 3), die Beklagte solle den umstrittenen Inhalt des LV festsetzen. Die Beklagte stellte die unstreitigen Vertragsregelungen fest, hörte die Beteiligten des Schiedsverfahrens an und setzte den Inhalt des Vertrages fest (*Beschluss vom 21.9.2005*). Danach hat die KK ua "die Rechnung innerhalb von 30 Tagen nach Übermittlung des Rechnungssatzes zu bezahlen ..." (§ 19 Abs 1 LV). "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" (§ 19 Abs 2 LV). Das SG hat die Klage ua gegen den Einwendungsausschluss nach sechs Monaten und das MDK-Prüferfordernis (§ 19 Abs 2 S 2 und 3 LV) abgewiesen (*Urteil vom 28.5.2009*). Das LSG hat die Beklagte unter Aufhebung der Regelung des Einwendungsausschlusses nach sechs Monaten (§ 19 Abs 2 S 2 LV) zur Neubescheidung verpflichtet, die Regelung des MDK-Prüferfordernisses (§ 19 Abs 2 S 3 LV) mit Wirkung ab 1.4.2007 aufgehoben und im Übrigen die Berufung der Kläger zurückgewiesen. Das LSG hat zur Begründung ua ausgeführt: Die Regelung des Einwendungsausschlusses nach sechs Monaten (§ 19 Abs 2 S 2 LV) sei mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nicht vereinbar. Bei der Neubescheidung bestünden keine Bedenken, für den letzten Verfahrensabschnitt nach der Prüfung durch den MDK den KKn Handlungsfristen vorzugeben. Die Regelung des MDK-Prüferfordernisses (§ 19 Abs 2 S 3 LV) widerspreche § 275 Abs 1c S 2 SGB V mit Wirkung ab 1.4.2007 (*Urteil vom 9.3.2011*).

- 3 Mit ihren Revisionen rügen die Beklagte und die Beigeladene zu 1) die Verletzung formellen und materiellen Rechts (§§ 54, 55 SGG, § 31 SGB X, §§ 12, 112 SGB V). Die Schiedsstellenentscheidung sei kein Verwaltungsakt, sondern setze einen Landesvertrag fest. Dieser könne nicht im Wege der Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, sondern nur im Wege einer allgemeinen Feststellungsklage und ggf durch eine Normenkontrollklage analog § 47 VwGO überprüft werden. Daraus ergebe sich eine eingeschränkte gerichtliche Kontrolle. Das Gericht dürfe den Schiedsspruch nur darauf überprüfen, ob er der Abwägung unterliegende Strukturprinzipien wie das der Wirtschaftlichkeit im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Abwägungsbelang berücksichtigt habe. Das Gericht dürfe die Beklagte dagegen nicht verpflichten, dem Wirtschaftlichkeitsprinzip einseitig Vorrang vor allen anderen Abwägungsbelangen einzuräumen. Die Verpflichtung zur Neubescheidung widerspreche dem Wesen der Schiedsstellenentscheidung selbst dann, wenn man sie als Verwaltungsakt ansehe. Die Unterschreitung der Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs 1c SGB V entspreche dem Gestaltungsspielraum nach § 112 Abs 2 S 1 SGB V.

- 4 Die Beklagte und die Beigeladene zu 1) beantragen,
das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 9. März 2011 abzuändern
und die Berufungen der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 28. Mai
2009 insgesamt zurückzuweisen.
- 5 Die Beigeladene zu 2) rügt mit ihrer Revision die Verletzung materiellen Rechts (*Art 20 Abs 3
GG; § 2 Abs 4, § 12 Abs 1, § 70 Abs 1 S 2, § 112 Abs 1, § 275 Abs 1c SGB V*). Das LSG habe
sich über seine nur eingeschränkte Befugnis zur Kontrolle der Schiedsstellenentscheidung hin-
weggesetzt und § 19 Abs 2 S 2 LV ohne Berücksichtigung des vertraglichen Kompromiss-
gefüges unter fehlerhafter Heranziehung des Wirtschaftlichkeitsgebotes willkürlich ausgelegt. Es
sei daher zu erwarten, dass die Beigeladene zu 1) die ihr ungünstige Regelung zu § 19 Abs 1
S 1 LV im Falle einer Änderung der Festsetzung zu § 19 Abs 2 S 2 LV nicht hinnehme und den
Landesvertrag kündige. Dies sei für die Kassenseite mit dem Verlust erheblicher finanzieller
Vorteile verbunden, der schwerer wiege als das vage einzuschätzende Risiko der Vergütung
einer unwirtschaftlichen Behandlung infolge der Regelung des § 19 Abs 2 S 2 LV.
- 6 Die Beigeladene zu 2) beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 9. März 2011 abzuändern,
soweit es den Beschluss der Beklagten vom 21. September 2005 zu § 19 Abs 2 S 2 des
Landesvertrags nach § 112 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB V aufhebt, und die Berufungen der
Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 28. Mai 2009 auch insoweit
zurückzuweisen.
- 7 Die Kläger beantragen,
die Revisionen zurückzuweisen.
- 8 Die Kläger halten die angefochtene Entscheidung für zutreffend.
- 9 Die Beigeladene zu 3) hat sich nicht geäußert.

II

- 10 Die zulässigen Revisionen der Beklagten und der Beigeladenen zu 1) und 2) sind nur teilweise
begründet (§ 170 Abs 2 S 1 SGG). Das Urteil des LSG ist aufzuheben, soweit es die Beklagte
zur Neubescheidung verpflichtet hat. Insoweit ist die Berufung der Kläger zurückzuweisen, denn
ihre diesbezügliche Klage ist unbegründet. Statthaft ist lediglich eine Anfechtungsklage (*dazu
1.*). Im Übrigen sind die Revisionen unbegründet (§ 170 Abs 1 S 2 SGG). Zu Recht hat das LSG
auf die Berufung der Kläger das SG-Urteil geändert und die Regelung des Einwendungs-
ausschlusses nach sechs Monaten (§ 19 Abs 2 S 2 LV) und - nur insoweit Gegenstand des

Revisionsverfahrens - die Regelung des MDK-Prüferfordernisses (§ 19 Abs 2 S 3 LV) mit Wirkung ab 1.4.2007 aufgehoben. Die Anfechtungsklage gegen diese Regelungen des Schiedsspruchs ist nämlich zulässig und begründet (dazu 2.).

- 11 1. Die Revisionen der Beklagten und der Beigeladenen zu 1) und 2) haben lediglich mit ihrem Angriff gegen den Teil der Entscheidung des LSG Erfolg, welcher die Beklagte zur Neubeschcheidung verpflichtet.
- 12 a) Gegenstand der Revisionen der Beklagten und der Beigeladenen zu 1) und 2) ist übereinstimmend das Erkenntnis des LSG, die Regelung des Einwendungsausschlusses nach sechs Monaten (§ 19 Abs 2 S 2 LV; Beschluss vom 21.9.2005) aufzuheben und die Beklagte zur Neubeschcheidung zu verpflichten. Die Beigeladene zu 2) hat ihren Antrag zulässig allein auf diesen Teil der Entscheidung beschränkt (zur Teilbarkeit des Streitgegenstands vgl BSGE 107, 287 = SozR 4-2500 § 35 Nr 4, RdNr 17 mwN; zur Beschränkung der Revision bei selbstständigen Streitteilen vgl zB BSG SozR 4-3100 § 1 Nr 3 RdNr 12). Die Revisionen der Beklagten und der Beigeladenen zu 1) richten sich - weitergehend - zudem gegen die Entscheidung des LSG, die Regelung des MDK-Prüferfordernisses (§ 19 Abs 2 S 3 LV; Beschluss vom 21.9.2005) mit Wirkung ab 1.4.2007 aufzuheben.
- 13 b) Das LSG durfte die Beklagte - ungeachtet der Erfüllung der übrigen Sachurteilsvoraussetzungen (vgl dazu II 2 a) - nicht zur Neubeschcheidung verpflichten (§ 131 Abs 3 SGG). Klagt eine der an der Normsetzung beteiligten Institutionen nach § 112 SGB V gegen einen Schiedsspruch nach § 114 SGB V, ist allein die Anfechtungsklage (§ 54 Abs 1 S 1 Fall 1 und 2 SGG), nicht aber eine hiermit verknüpfte Verpflichtungs- oder Bescheidungsklage (§ 54 Abs 1 S 1 Fall 3 SGG) statthaft. Denn der Schiedsspruch nach § 114 SGB V hat rechtlich eine Doppelnatur. Er wirkt, soweit er einen Vertrag ersetzt, wie ein Normenvertrag nach § 112 SGB V. Gegenüber den an der Normsetzung beteiligten Institutionen nach § 112 SGB V ist er Verwaltungsakt iS von § 31 SGB X (vgl rechtsähnlich für alle Entscheidungen des Erweiterten Bewertungsausschusses im Bereich der Normsetzung BSG Urteil vom 27.6.2012 - B 6 KA 28/11 R - RdNr 20 mwN, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; zur Qualifikation anderer, ähnlicher Schiedssprüche nach dem SGB XI und der RVO als Verwaltungsakt vgl auch zB BSGE 20, 73, 75 = SozR Nr 1 zu § 368h RVO; BSGE 87, 199, 200 f = SozR 3-3300 § 85 Nr 1 S 3 f; BSG SozR 4-3300 § 89 Nr 1 RdNr 11; BSGE 105, 126 = SozR 4-3300 § 89 Nr 2 RdNr 20 und 41; zur anders ausgestalteten Konzeption einer Schiedsperson BSGE 107, 123 = SozR 4-2500 § 132a Nr 5, RdNr 16 ff; vgl auch Roos in von Wulffen, SGB X, 7. Aufl 2010, § 1 RdNr 9 ff). Sind die an der Normsetzung beteiligten Institutionen mit dem Schiedsspruch nicht einverstanden, steht ihnen lediglich die Anfechtungsklage offen.
- 14 Die Statthaftigkeit der Anfechtungsklage trägt dem Selbstverwaltungsrecht der Vertragspartner nach § 112 SGB V und dementsprechend der Kompetenz der Schiedsstelle nach § 114 SGB V

Rechnung (vgl. entsprechend BSGE 20, 73, 75 = SozR Nr 1 zu § 368h RVO; Becker in Becker/Kingreen, SGB V, 3. Aufl. 2012, § 114 RdNr 9 mwN). Es bleibt der Schiedsstelle überlassen, ob sie es nach einer gerichtlichen Teilaufhebung eines Schiedsspruchs bei der danach verbleibenden Restregelung belassen oder eine abweichende Gesamtregelung treffen will. Bei einer vollständigen gerichtlichen Aufhebung eines Schiedsspruchs wegen Missachtung wesentlicher Grundlagen ist die Schiedsstelle ohnehin gesetzlich verpflichtet, erneut zu entscheiden. Insoweit bedarf es keiner zusätzlichen Bescheidungs-Tenorierung iS von § 131 Abs 3 SGG.

- 15 Die Statthaftigkeit der Anfechtungsklage vermeidet zudem Probleme der beteiligtenbezogenen Teilrechtskraft bei Bescheidungsurteilen, die für Entscheidungen über Normenverträge Unzuträglichkeiten und Rechtsunsicherheit verursachen (vgl. zur Teilrechtskraft bei Bescheidungsurteilen zB BSG SozR 4-1500 § 141 Nr 1 RdNr 22 mwN). Insbesondere ist es mit der gerichtlichen Kontrollfunktion der Schiedssprüche nach § 114 SGB V wegen ihrer Doppelfunktion als Verwaltungsakt und Normenvertrag nicht vereinbar, höherrangigem Recht widersprechende Rechtsauffassungen einer Vorinstanz in Rechtskraft erwachsen zu lassen, wenn nur Teile der Rechtsauffassung im Streit verbleiben oder durch die Rechtsauffassung der Vorinstanz begünstigte Rechtsmittelführer lediglich noch darüber hinausgehende Ansprüche verfolgen. Dies wäre aber Folge der Qualifikation als Bescheidungsbegehren (stRspr bei Bescheidungsbegehren, vgl. zB BSGE 88, 215, 225 = SozR 3-3300 § 9 Nr 1 S 11; ebenso BVerwGE 84, 157, 164 = NJW 1990, 2700, 2702 mwN). Weil die Rechtskraftwirkung auf die Verfahrensbeteiligten beschränkt wäre, nämlich auf die an der Normsetzung beteiligten Institutionen, könnten hieraus erwachsende Fehler - etwa aufgrund Unvereinbarkeit der instanzgerichtlichen Auffassung mit höherrangigem Recht - erst in weiteren Gerichtsverfahren im Rahmen gerichtlicher Inzidentkontrolle korrigiert werden, welche Beteiligte betreiben, die dem Normenvertrag unterworfen sind. Im Ergebnis würde das Gerichtsverfahren gegen einen Schiedsspruch nach § 114 SGB V - funktionswidrig - auf ein Rechtsgutachten zu Teilaspekten des Rechtsstreits reduziert.
- 16 Es bedarf hier keiner Vertiefung, ob vor dem Hintergrund der Doppelnatur des Schiedsspruchs als Verwaltungsakt und normenvertragliche Regelung zum Schutz der normunterworfenen Adressaten ausnahmsweise ein am Schiedsverfahren Beteiligter die in der gerichtlichen Entscheidung niedergelegte Rechtsauffassung trotz einer formal erfolgreichen Anfechtungsklage mit einem weiteren Rechtsmittel angreifen kann, wenn die Rechtsauffassung des Gerichts einen unzutreffenden, verhaltenslenkenden Rechtsschein gegenüber den dem Normenvertrag Unterworfenen erzeugt.
- 17 2. Im Übrigen sind die Revisionen unbegründet, denn die Anfechtungsklage gegen die Regelung des Einwendungsausschlusses nach sechs Monaten (§ 19 Abs 2 S 2 LV) und - nur insoweit Gegenstand des Revisionsverfahrens (vgl. oben, II 1 a) - die Regelung des MDK-Prüferfordernisses (§ 19 Abs 2 S 3 LV) mit Wirkung ab 1.4.2007 im Schiedsspruch ist zulässig (dazu a) und begründet (dazu b).

- 18 a) Die Kläger sind nach Maßgabe des § 70 Nr 1 SGG beteiligtenfähig. Die gilt auch für den Kläger zu 1) und Landesverband der BKK als Körperschaft des öffentlichen Rechts (*vgl § 207 Abs 1 S 2 SGB V*). Jeder für sich ist befugt (*dazu aa*), sich ohne Vorverfahren (*dazu bb*) gegen den Festsetzungsbeschluss der beklagten und als gemeinsames Entscheidungsgremium von Leistungserbringern und KKn iS von § 114 SGB V ihrerseits nach § 70 Nr 4 SGG beteiligtenfähigen Landesschiedsstelle (*hierzu Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl 2012, § 70 RdNr 5*) zu wenden. Das Rechtsschutzbedürfnis hierfür ist nicht zwischenzeitlich entfallen (*dazu cc*).
- 19 aa) Die Kläger sind als Verband der Ersatzkassen, als Landesverband und als mit den Aufgaben eines Landesverbandes betraute Krankenversicherungsträger (*vgl zur IKK classic § 207 Abs 4 S 1 SGB V iVm § 1 Abs 5 der Satzung der IKK classic, Stand 1.8.2012, abrufbar unter www.ikk-classic.de; zur Rechtsnachfolge bei kassenartenübergreifender Vereinigung vgl BSG Urteil vom 11.9.2012 - B 1 A 2/11 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4-2500 § 171a Nr 1 vorgesehen; zur Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See vgl § 212 Abs 3 SGB V*) die an der damaligen Vertragsschließung beteiligten Vertragspartner nach § 112 SGB V (*idF des Gesundheitsreform-Gesetzes <GRG> vom 20.12.1988, BGBl I 2477; zur Bevollmächtigung der Ersatzkassenverbände mit Abschlussbefugnis nach Änderung des Kreises der Vertragspartner durch § 112 Abs 1 idF des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes <GKV-WSG> vom 26.3.2007, BGBl I 378 mWv 1.7.2008 vgl § 212 Abs 5 S 7 SGB V*).
- 20 Als solche sind sie befugt, jeder einzeln den Rechtsstreit gegen die beklagte Landesschiedsstelle auch ohne die mit ihnen nach § 112 Abs 1 SGB V handelnden weiteren mit Aufgaben von Landesverbänden betrauten KKn, nämlich die Beigeladenen zu 2) und 3) zu führen (*vgl zur AOK Baden-Württemberg § 207 Abs 4 S 1 SGB V iVm § 3 Abs 5 der Satzung der AOK Baden-Württemberg, Stand 1.10.2012, abrufbar unter www.aok.de/baden-wuerttemberg/; zur Landwirtschaftlichen KK § 36 S 1 Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte idF des GKV-Modernisierungsgesetzes <GMG> vom 24.11.2003, BGBl I 2190*). Allerdings schließen die Landesverbände der KKn und die Verbände der Ersatzkassen "gemeinsam" mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land "gemeinsam" Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen (*§ 112 Abs 1 SGB V idF des GRG bis zum Inkrafttreten des GKV-WSG mWv 1.7.2008*). Das Gesetz verpflichtet die Vertragspartner aus diesem Grund insbesondere auch zur vertraglichen Regelung der in § 112 Abs 2 SGB V näher genannten Regelungsbereiche (offener Regelungskatalog), ua zu - hier teilweise streitbefangenen - Regelungen über Aufnahme und Entlassung der Versicherten sowie Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen (*Nr 1 Buchst a und b*).
- 21 Weder Wortlaut und Systematik noch Entstehungsgeschichte und Normzweck legen indes nahe, dass die materiell-rechtliche Verpflichtung der Vertragspartner zum Abschluss von

Sicherstellungsverträgen auf prozessualer Ebene zwangsläufig ein gemeinsames Handeln im Aktivprozess nach sich zieht. Ziel des Auftrags an die Vertragsparteien ist es, durch (für zugelassene Krankenhäuser und KKn gleichermaßen verbindliche) Verträge eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung der Versicherten zu gewährleisten (*BT-Drucks 11/2237 S 199 zu § 120*). Die Norm bezweckt dementsprechend eine einheitliche Sicherstellung der Versorgung der Versicherten mit Krankenhausleistungen iS von § 39 SGB V auf Landesebene (*Wahl in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 112 RdNr 12 ff*). Kommt ein Vertrag ganz oder teilweise nicht zustande, wird sein Inhalt durch die Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V für alle Beteiligten einheitlich festgesetzt (§ 112 Abs 2 S 2 iVm Abs 3 SGB V). Dem entspricht auf prozessualer Ebene die Notwendigkeit einer einheitlichen Sachentscheidung, die durch Streitgenossenschaft auch ohne die gesteigerte Verpflichtung der Vertragspartner zu "gemeinsamen und einheitlichen" Vorgehen (*zur notwendigen Streitgenossenschaft in den Fällen des § 213 Abs 2 S 1 SGB V idF des GRG vgl jetzt § 211a S 1 SGB V, vgl BSGE 87, 14 = SozR 3-2500 § 40 Nr 3 mwN; BSGE 97, 133 = SozR 4-2500 § 139 Nr 2*) hergestellt werden kann (§ 74 SGG iVm § 62 Abs 1 Alt 1 ZPO).

22 Auch wenn danach die Vertragspartner als notwendige Streitgenossen auftreten können, ist eine notwendige Streitgenossenschaft für Aktivprozesse gegen die Festsetzung der Schiedsstelle dergestalt, dass sie zulässig nur im Wege einer gemeinsamen Klage geführt werden können, nicht zwingend (§ 74 SGG iVm § 62 Abs 1 Alt 2 ZPO; *Hüßtege in Thomas/Putzo, ZPO, 33. Aufl 2012, § 62 RdNr 22; Hartmann in BLAH, ZPO, 70. Aufl 2012, § 62 RdNr 6 ff, der insoweit aber auf die fehlende Sachbefugnis abstellt*). Ausreichend ist ein prozessualer Rahmen, der die notwendig einheitliche Sachentscheidung durch das Gericht gewährleistet. Sind an dem streitigen Rechtsverhältnis Dritte derart beteiligt, dass die Entscheidung auch ihnen gegenüber nur einheitlich ergehen kann, wird eine einheitliche Sachentscheidung im Sozialrechtsstreit insoweit auch durch eine echte notwendige Beiladung sichergestellt (§ 75 Abs 2 Alt 1 SGG). Hiervon hat das SG Gebrauch gemacht und die weiteren in Betracht kommenden KKn (*vgl SG, Beschlüsse vom 19.1.2006, 27.7.2006*) und zudem die Landeskrankenhausgesellschaft als Vertragspartnerin (*SG Beschluss vom 4.1.2006*) beigeladen.

23 bb) Eines Vorverfahrens bedurfte es nicht. Das Vorverfahrenserfordernis entfällt nicht nur für Versicherungsträger und ihre Verbände nach Maßgabe des § 78 Abs 1 S 2 Nr 3 SGG idF des 6. SGGÄndG vom 17.8.2001 (*BGBI I 2144, hierzu BT-Drucks 14/6335 S 32 zu Nr 31a*), sondern für alle Verfahrensbeteiligten einheitlich nach § 78 Abs 1 S 2 Nr 1 SGG. Es gibt keine Hinweise darauf, dass der im Geltungsbereich der RVO noch vorhandene ausdrückliche Verzicht auf ein Vorverfahren (§ 374 Abs 3 RVO, *Vorverfahrensfiktion*) mit der Neuregelung im SGB V aufgegeben werden sollte (*vgl Hess in KassKomm, SGB V, Stand Juni 2012, § 114 RdNr 7; vgl Becker in Becker/Kingreen, SGB V, 3. Aufl 2012, § 114 RdNr 9; aA Hänlein in LPK-SGB V, 4. Aufl 2012, § 114 RdNr 2*).

- 24 cc) Das allgemeine Rechtsschutzbedürfnis für die erhobene Anfechtungsklage ist nicht deshalb (partiell) entfallen, weil nach dem Vortrag der Beigeladenen zu 2) die Beigeladene zu 1) unter dem 13.6.2007 ein Rundschreiben versandt hat, wonach aus ihrer Sicht die 30-Tages-Frist des § 19 Abs 2 S 3 LV zugunsten der ab dem 1.4.2007 geltenden Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V keine Anwendung mehr finde. Die Vorinstanz hat nicht für das Revisionsgericht verbindlich (§ 163 SGG) festgestellt, dass die Vertragspartner zwischenzeitlich eine von der Festsetzung abweichende Regelung (vgl § 112 Abs 4 S 3 SGB V) getroffen hätten, noch sind Anhaltspunkte sonst dafür ersichtlich.
- 25 b) Die Anfechtungsklage gegen die Regelung des Einwendungsausschlusses nach sechs Monaten (§ 19 Abs 2 S 2 LV; *Beschluss vom 21.9.2005*) und die Regelung des MDK-Prüferfordernisses (§ 19 Abs 2 S 3 LV; *Beschluss vom 21.9.2005*) ist auch begründet. Der erkennende Senat ist zu einer Überprüfung des Schiedsspruchs befugt (*dazu aa*). Der Schiedsspruch der Beklagten ist zwar nicht formell (*dazu bb*), wohl aber materiell rechtswidrig (*dazu cc*).
- 26 aa) Gegenstand der rechtlichen Überprüfung ist nicht der Landesvertrag, dessen Geltungsbereich sich gegebenenfalls nicht über den Bezirk des Berufungsgerichts iS des § 162 SGG hinaus erstreckt und der dann grundsätzlich nicht revisibel ist (vgl zu einer Regelung gemäß § 112 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB V BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 14; zu den Anforderungen allgemein BSGE 105, 1 = SozR 4-2500 § 125 Nr 5, RdNr 19), sondern der Schiedsspruch vom 21.9.2005. Zwar bindet der Schiedsspruch als Verwaltungsakt nicht nur seine Adressaten. Vielmehr setzt er zugleich den Inhalt des Landesvertrags nach § 112 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB V fest, der als Normenvertrag (*hierzu BSGE 105, 1 = SozR 4-2500 § 125 Nr 5, RdNr 28*) wiederum für die KKn und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich ist (§ 112 Abs 1 S 2 SGB V; vgl Becker in Becker/Kingreen, SGB V, 3. Aufl 2012, § 112 RdNr 14). Der Einwand der fehlenden Revisibilität des Landesrechts kann indessen allein in Rechtsstreitigkeiten erhoben werden, die auf der Grundlage der (festgesetzten) landesrechtlichen Normen geführt werden, etwa im Erstattungsstreit zwischen einer KK und einem Krankenhausträger, nicht hingegen im Verhältnis zu den Vertragsparteien, deren Rechtsetzung durch den Schiedsspruch ersetzt wird. Für die Festsetzung gilt hinsichtlich der Zweiteilung des Rechtsschutzes - trotz des abweichenden Wesensgehalts - insoweit nichts anderes als bei der Ersatzvornahme, mit der die Rechtsetzung einer Aufsichtsbehörde an die Stelle der Rechtsetzung originär berufener Normgeber tritt (vgl BSGE 100, 103 = SozR 4-2500 § 31 Nr 9, RdNr 40 f - Lorenzos Öf).
- 27 Der Schiedsspruch unterliegt in dem Umfang der Kontrolle der Gerichte wie der Vertrag, den er ersetzt. Die Festsetzung des Vertragsinhalts durch den Schiedsspruch ist eine Form der Schlichtung, nicht der Rechtsfindung; der Schiedsspruch hat die Rechtswirkung einer vertraglichen Vereinbarung iS des § 112 Abs 3 SGB V. Was die Beteiligten in freier Vereinbarung hätten

regeln können, wird im streitschlichtenden Schiedsverfahren durch den Schiedsspruch ersetzt. Daraus folgt, dass die Landesschiedsstelle bei der Festsetzung des Vertragsinhalts nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V die gleiche Gestaltungsfreiheit hat, wie sie für die Vertragsparteien bei der gütlichen Vereinbarung besteht. Soweit nicht zwingendes höherrangiges Recht Schranken errichtet, besteht für die Beteiligten, die sich über den Landesvertrag gütlich einigen, Vertragsfreiheit und für die Landesschiedsstelle ein dementsprechendes Gestaltungsermessen. Die gerichtliche Kontrolle der Festsetzung von Vergütungsvereinbarungen durch die Landesschiedsstelle ist dementsprechend beschränkt. In formeller Hinsicht ist zu prüfen, ob die Landesschiedsstelle den von ihr zugrunde gelegten Sachverhalt in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs ermittelt hat und ihr Schiedsspruch die Gründe für das Entscheidungsergebnis ausreichend erkennen lässt. Die inhaltliche Kontrolle ist darauf beschränkt, ob der von der Landesschiedsstelle zugrunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob die Landesschiedsstelle den ihr zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten, dh insbesondere die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe beachtet hat. Das Wesen des Schiedsspruchs der Landesschiedsstelle entspricht insoweit dem der Schiedssprüche der Schiedsämter und sonstigen Schiedsstellen im SGB V und SGB XI (vgl BSGE 20, 73, 75 = SozR Nr 1 zu § 368h RVO = Juris RdNr 48; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 20 = Juris RdNr 25; BSGE 87, 199, 200 f = SozR 3-3300 § 85 Nr 1 S 3 f = Juris RdNr 22; BSG SozR 4-3300 § 89 Nr 1 RdNr 19; BSGE 105, 126 = SozR 4-3300 § 89 Nr 2, RdNr 69; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 56 RdNr 13; BSG Urteil vom 21.3.2012 - B 6 KA 21/11 R - RdNr 23 mwN, zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 87a Nr 1 vorgesehen).

- 28 bb) Die Beklagte hat den Schiedsspruch vom 21.9.2005 im Rahmen ihrer Zuständigkeit unter Einhaltung der für sie verbindlichen Verfahrensvorschriften formal fehlerfrei erlassen. Die Landesschiedsstelle entscheidet in den ihr nach dem SGB V zugewiesenen Aufgaben (§ 114 Abs 1 S 2 SGB V). § 112 Abs 3 SGB V bestimmt insoweit, dass die Landesschiedsstelle auf Antrag einer Vertragspartei den Inhalt festsetzt, wenn ein Vertrag nach Absatz 1 bis zum 31.12.1989 ganz oder teilweise nicht zustande kommt. Schon nach dem Wortlaut erschöpft sich die Vorschrift zeitlich nicht in einer Übergangsbestimmung, sondern regelt unabhängig vom Zeitpunkt der Aufnahme der Vertragsverhandlungen die Zuständigkeit der Landesschiedsstelle zur Festsetzung des Inhalts aller Verträge, für die nach dem 31.12.1989 eine Einigung nicht zustande kommt. Nur auf diese Weise kann, nicht zuletzt wegen der den Vertragspartnern nach § 112 Abs 4 SGB V eingeräumten Möglichkeit zur Kündigung geschlossener Verträge, die vom Gesetzgeber angestrebte Einheitlichkeit der Versorgung mit Krankenhausleistungen iS von § 39 SGB V auf Landesebene (s oben II 2 a aa) gewährleistet werden (vgl BSG SozR 4-2500 § 112 Nr 3 RdNr 7; auch Wahl in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 112 RdNr 88; zu Streitpunkten bei Altverträgen vgl Klückmann in Hauck/Noftz, SGB V, Stand November 2012, § 112 RdNr 39 mwN).
- 29 War danach eine Einigung über den hier allein streitbefangenen Landesvertrag nach § 112 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB V in Teilen nicht zu erzielen, konnte sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die Landesschiedsstelle festgesetzt werden. Der Festsetzung steht nicht entgegen, dass die Kläger und die Beigeladenen voneinander abweichende Vorschläge

unterbreitet haben. Das Gesetz beschränkt das Antragsrecht nicht auf alle Vertragspartner, die nach § 112 Abs 1 S 1 SGB V den Vertrag "gemeinsam" schließen; ein ausschließliches Antragsrecht der "Krankenkassenbank" anstelle der einzelnen KKn-Verbände gibt es nicht. Das Gesetz sieht bei der hier bestehenden Verpflichtung zu "gemeinsamen" Vorgehen kein Konfliktmanagement für den Fall vor, dass die Einigung über die Antragstellung scheitert (*Wahl in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 112 RdNr 85*). Anders als bei Entscheidungen, zu denen die Verbände "gemeinsam und einheitlich" verpflichtet sind, ist kein Verfahren zur Beschlussfassung nach Mehrheit oder ein anderweitiges Verfahren der Konfliktlösung auf dieser Handlungsstufe bestimmt (*vgl § 213 Abs 2 S 1 SGB V idF des GRG; jetzt § 211a S 1 SGB V, s oben II 2 a aa*). Auch auf der Ebene des Kreises der Antragsberechtigten wird die beabsichtigte Einheitlichkeit der Versorgung auf Landesebene durch die nachfolgenden Handlungsstufen wirksam gewährleistet, wenn der Antrag von jedem einzelnen Landesverband gestellt werden kann.

30 Die Beklagte hat den Schiedsspruch in formell nicht zu beanstandender Weise erlassen. Das nähere Verfahren bestimmt sich nach § 114 Abs 5 SGB V iVm der Verordnung der Landesregierung über die Schiedsstelle nach § 114 Abs 5 SGB V (SchiedVO) vom 20.7.2004 (*GBI BW 587*). Danach ist der Antrag auf Einleitung des Schiedsverfahrens bei der Geschäftsstelle der Schiedsstelle (§ 2 SchiedVO) schriftlich einzureichen (§ 7 Abs 1 S 1 SchiedVO). Der Sachverhalt ist zu erläutern, ein zusammenfassendes Ergebnis der vorangegangenen Verhandlungen ist darzulegen und es sind die Teile zu benennen, über die eine Einigung nicht zustande gekommen ist. Im Falle des § 112 Abs 2 SGB V ist der Vertragsinhalt anzugeben, der festgesetzt werden soll, und die begehrte Festsetzung ist zu begründen (§ 7 Abs 1 S 2 und 3 SchiedVO). Auch die Schiedsstelle soll sodann nochmals auf eine Einigung hinwirken (§ 8 SchiedVO). Die Schiedsstelle entscheidet aufgrund mündlicher Verhandlung, zu der die Vertragsparteien unter Einhaltung einer Frist von mindestens zwei Wochen zu laden sind (§ 7 Abs 2 S 1 und 2 SchiedVO). Die Verhandlung ist nicht öffentlich (§ 7 Abs 3 S 1 SchiedVO). Die Schiedsstelle ist beschlussfähig, wenn außer dem Vorsitzenden mindestens sechs seiner fünfzehn Mitglieder anwesend sind. Die Entscheidung wird mit der Mehrheit der erschienenen Mitglieder getroffen (§§ 1, 9 Abs 1 S 1, Abs 3 S 1 SchiedVO). Die Entscheidung ist schriftlich zu begründen und zuzustellen (§ 7 Abs 9 SchiedVO). Die Niederschrift vom 21.9.2005 und ergänzend die Akten, auf die das LSG Bezug genommen hat, weisen aus, dass den verfahrensrechtlichen Bedingungen für die Einleitung und Durchführung des Verfahrens sowie für die Entscheidung und ihre Begründung Genüge getan worden ist. Einer Beteiligung der Seekasse bis zu ihrer Auflösung (*mWv 28.12.2007 durch Gesetz vom 19.12.2007, BGBl I 3024 iVm Bek vom 28.12.2007, BGBl I 3305*) bedurfte es im Übrigen nicht, weil diese zu keiner Zeit die Rechte eines Landesverbandes innehatte (*zu § 109 SGB V BSGE 78, 233 = SozR 3-2500 § 109 Nr 1*).

31 cc) Der Schiedsspruch zu § 19 Abs 2 S 2 und 3 LV ist materiell rechtswidrig. Der Schiedsspruch ist anhand der für die Krankenhausbehandlung in der GKV maßgeblichen Rechtsmaßstäbe zu

überprüfen (*dazu <1>*). Danach hat die Beklagte die Regelung zu § 19 Abs 2 S 2 und 3 LV unter Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebots festgesetzt (*dazu <2>*). Die Festsetzung zu § 19 Abs 2 S 3 LV widerspricht zudem dem Beschleunigungsgebot des § 275 Abs 1c SGB V (*dazu <3>*).

32 (1) Der Schiedsspruch der Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V unterliegt uneingeschränkt der Kontrolle seiner Vereinbarkeit mit den für die Krankenhausbehandlung in der GKV geltenden unabdingbaren Rechtsmaßstäben. Dies folgt daraus, dass mit ihm eine vertragliche Regelung ersetzt wird, mit der sichergestellt werden soll, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen (§ 112 Abs 1 SGB V; vgl BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 31). Nur innerhalb dieser gesetzlichen Rahmenbedingungen können die Verträge auf Landesebene - wie hier der Landesvertrag - deshalb die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der Aufnahme und Entlassung der Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen regeln (§ 112 Abs 2 S 1 Nr 1 Buchst a und b SGB V). Nur soweit die Vertragskompetenz reicht, besteht deshalb auch Gestaltungsspielraum der Landesschiedsstelle (*zur Möglichkeit der Verletzung durch untergesetzliche Normen vgl BSGE 105, 1 = SozR 4-2500 § 125 Nr 5, RdNr 26 mwN*).

33 Das Regelungssystem des SGB V begründet Ansprüche auf eine erforderliche Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs 1, § 39 Abs 1 S 2 SGB V) unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach objektiven Kriterien (*vgl BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 30 f; BSG SozR 4-2500 § 13 Nr 20 RdNr 19 ff mwN*). Dies bedeutet, dass die Krankenhausbehandlung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf. Nur unter diesen Voraussetzungen schuldet die KK dem Versicherten eine Krankenhausbehandlung und dem Leistungserbringer korrespondierend die vereinbarte Vergütung (§ 2 Abs 1 S 1, § 12 Abs 1 S 1, § 70 Abs 1 SGB V). Ein Anspruch auf Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung setzt dementsprechend ua voraus, dass die Behandlung unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots erforderlich war und die Voraussetzungen der gesetzlichen und vertraglich vorgesehenen Vergütungsregelungen erfüllt sind (*vgl § 109 Abs 4 S 3 iVm § 39 Abs 1 S 2 SGB V*). Über die Erforderlichkeit der Behandlung entscheidet allein die KK und im Streitfall das Gericht, ohne dass beide an die Einschätzung des Krankenhauses oder seiner Ärzte gebunden sind (*BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 20, 26 unter Bezugnahme auf BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 27 f*). Die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs haben die KKn ggf erst durch eine Prüfung festzustellen. Auch die Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser hat hieran nichts geändert (*BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 23*). Neben der Möglichkeit der verdachtsunabhängigen Stichprobenprüfung nach § 17c Krankenhausfinanzierungsgesetz steht den KKn die anlassbezogene Einzelfallprüfung nach § 275 Abs 1 SGB V zu (*s unten <2>*). In beiden Fällen ist der MDK zur Prüfung der medizinischen Voraussetzungen einzuschalten (*BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 4 RdNr 16*).

- 34 Das Vorgehen der KKn nach § 275 Abs 1 SGB V hat dabei seinen Ursprung darin, dass es zu den elementaren Aufgaben einer KK gehört, auf die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots Acht zu geben. Der Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung, die Pflicht der KK zu ihrer Bewilligung sowie die Pflicht des Krankenhausträgers zu ihrer Bewirkung hängen von der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ab. Das Wirtschaftlichkeitsgebot verknüpft die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung, ihre Vergütung und die Kontrolle des Vorliegens ihrer Voraussetzungen durch KKn und MDK untrennbar miteinander (*BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 19*). Verpflichtungen zu rechtsgrundlosen Zahlungen der KK an Leistungserbringer sind danach mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot grundsätzlich nicht zu vereinbaren.
- 35 (2) Vertragspartner und an ihrer Stelle die Landesschiedsstelle sind hiernach zwar berechtigt, Modalitäten zur Abrechnung von Vertragsleistungen, zB Abrechnungsfristen und die Folgen bei Nichteinhaltung, durch Vereinbarung oder an ihrer Stelle durch Schiedsspruch zu regeln, welche die hieran gebundenen KKn und Krankenhäuser gleichermaßen anhalten, ihren Verpflichtungen nachzukommen (*vgl Wahl in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 112 RdNr 41 ff*). Dazu gehören Zahlungsfristen (§ 19 Abs 1 LV), Verrechnungsmodalitäten (§ 19 Abs 2 S 1 LV) sowie Verzugszinsen bei Überschreitung des Zahlungsziels (§ 19 Abs 3 S 1 LV). Die Regelungen des § 17 Abs 1 S 1 Bundespflegesatzverordnung (*idF bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zur Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen vom 21.7.2012, BGBl I 1613, mWv 1.1.2013*) und § 11 Abs 1 S 3 Krankenhausentgeltgesetz, auf die § 19 Abs 4 LV ausdrücklich Bezug nimmt, erwähnen insoweit im Interesse einer zeitnahen Zahlung auch noch die Möglichkeit von Teilzahlungen (*zu Vorbehaltszahlungen vgl BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 30; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 47*). Zu Lasten der Versichertengemeinschaft wirkende materiell-rechtliche Ausschlussfristen sind indessen hiervon grundsätzlich nicht erfasst. Materiell-rechtliche Ausschlussfristen führen zum Erlöschen des davon erfassten Anspruchs durch Zeitablauf (*vgl Ellenberger in Palandt, BGB, 71. Aufl 2012, Überbl v § 194 RdNr 13*). Materiell-rechtliche Ausschlussfristen zu Lasten der Versichertengemeinschaft haben zur Folge, dass KKn 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. Um eine solche materiell-rechtliche Ausschlussfrist handelt es sich, wenn Einwendungen gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung sowie gegen die Art der Abrechnung nur innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungszugang geltend gemacht werden können (§ 19 Abs 2 S 2 LV).
- 36 Allerdings geht der 6. Senat im Vertragsarztrecht davon aus, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Honorarverteilungsmaßstäbe (*vgl § 85 Abs 4 S 2 SGB V aF*) befugt sind, Regelungen über die Modalitäten der Abrechnung durch die Vertragsärzte zu treffen und in diesem Zusammenhang auch im Hinblick auf das Grundrecht aus Art 12 Abs 1 GG

Abrechnungsfristen vorgeben und diese als Ausschlussfristen ausgestalten dürfen (*BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 19 RdNr 13 ff*). In Übereinstimmung hiermit erkennt auch der 3. Senat an, dass Landesverträge über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln (*vgl § 127 SGB V*) Fristen für die Erhebung von Forderungen der Hilfsmittelerbringer aus Vertragsleistungen in Gestalt materiell-rechtlicher Ausschlussfristen setzen dürfen (*BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 14 RdNr 12 ff*). Der erkennende 1. Senat bejaht ebenfalls die Zulässigkeit von vertraglichen Ausschlussfristen in Arznei-Lieferverträgen nach § 129 SGB V (*vgl BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 31*).

37 Diese Rechtsprechung ist indessen auf Zahlungsverpflichtungen und Regressforderungen der KKn nicht übertragbar, die der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots dienen. Für die am Wirtschaftlichkeitsgebot ausgerichtete Wirtschaftlichkeitsprüfung im Vertragsarztrecht (§ 106 SGB V) nimmt dementsprechend auch der 6. Senat an, dass Prüfantragsfristen, die der Verfahrensbeschleunigung und dem Interesse an effektiver Verfahrensdurchführung dienen, im Falle ihrer Versäumung keineswegs dazu führen, dass Prüf- und Regressverfahren überhaupt nicht durchgeführt werden können. Die Annahme eines Verfahrenshindernisses liefe hier der Zielrichtung der Regelungen und im Übrigen auch dem hohen Rang des Wirtschaftlichkeitsgebots mit dem daraus folgenden Ziel möglichst effektiver Verhinderung unwirtschaftlicher Behandlungs- oder Ordnungsweise zuwider. Dem Interesse des Vertragsarztes, nicht damit rechnen zu müssen, dass noch nach Jahr und Tag ein Prüf- und Regressverfahren gegen ihn eingeleitet wird, dient stattdessen eine andere Frist, nämlich die generell für vertragsärztliche Prüf- und Regressverfahren anstelle einer Verjährungsfrist bestehende Ausschlussfrist von vier Jahren, die den sonst im Sozialrecht geltenden vierjährigen Fristen (*vgl zB § 45 Abs 1 SGB I*) angeglichen ist (*näher dazu BSG Urteil vom 13.11.2012 - B 1 KR 24/11 R - RdNr 35, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen*). Würde bereits aus der Versäumung der Prüfantragsfristen ein Verfahrenshindernis abgeleitet, würde ihr die Funktion beigemessen, die allein der Vier-Jahres-Frist zukommt (*BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 26 RdNr 19 ff; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 29 RdNr 25 ff*). Diese Überlegungen treffen in vergleichbarer Weise auf die Ausschlussfrist des § 19 Abs 2 S 2 LV zu, die von den Vertragspartnern bzw von der Schiedsstelle allein zur Umsetzung des Gebots einer zeitnahen Erledigung gedacht ist (*Beschlussbegründung S 9*). Auch im Bereich der Krankenhausbehandlung besteht keine weitergehende Befugnis der Vertragspartner und an ihrer Stelle der Landesschiedsstelle, Einwendungen der KK gegenüber Vergütungsansprüchen der Krankenhäuser über die allgemeinen gesetzlichen Rahmenvorgaben zeitlich einzuschränken.

38 Die gesetzliche Konzeption zur Überprüfung der Leistungsvoraussetzungen bei Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) durch die KKn in § 275 SGB V lässt keinen Raum für weitergehende vertraglich vereinbarte oder durch die Schiedsstelle festgesetzte materiell-rechtlich wirkende Ausschlussfristen zu Lasten der Versichertengemeinschaft in Abkehr vom Wirtschaftlichkeitsgebot. Die KKn sind danach in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen,

Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung, eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen (§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V *idF des Fallpauschalengesetzes vom 23.4.2002, BGBl I 1412*). Die dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtete Prüfpflicht der KKn (*hierzu BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 19*) präzisiert § 275 Abs 1c SGB V bei Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V dahingehend, dass eine Prüfung nach Absatz 1 Nr 1 zeitnah durchzuführen ist (S 1). Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der KK einzuleiten und durch den MDK anzuzeigen (S 2). Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die KK dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 100 Euro (§ 275 Abs 1c SGB V *idF des GKV-WSG mWv 1.4.2007*) zu entrichten, jetzt 300 Euro (§ 275 Abs 1c S 3 SGB V *idF des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes vom 17.3.2009, BGBl I 534, mWv 25.3.2009*).

- 39 Die bereichsspezifische Ausgestaltung des Prüfverfahrens bei Krankenhausbehandlung dient der Verfahrensbeschleunigung. Der Gesetzgeber sah im Krankenhausbereich Handlungsbedarf, weil nach seiner Wahrnehmung von einzelnen KKn die Prüfungsmöglichkeit in unverhältnismäßiger und nicht sachgerechter Weise zur Einzelfallsteuerung genutzt werde und dies in der Regel zu hohen und nicht gerechtfertigten Außenständen und Liquiditätsproblemen führe ... sowie ... auch zu Unsicherheiten bei Erlösausgleichen und Jahresabschlüssen (*BT-Drucks 16/3100 S 171*). § 275 Abs 1c S 1 SGB V normiert den allgemeinen Beschleunigungsgrundsatz. Allein § 275 Abs 1c S 2 SGB V konkretisiert ihn durch die Einführung einer Frist (*vgl zB BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 4 RdNr 10 ff; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 24 RdNr 12 ff, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen*). Durch Satz 2 wird nach Eingang des Rechnungsdatensatzes bei der KK eine Ausschlussfrist von sechs Wochen eingeführt, innerhalb derer die KK die Prüfung einzuleiten und der MDK dem Krankenhaus die Prüfung anzuzeigen hat. Prüfungen, die nach Ablauf dieses Zeitraums dem Krankenhaus angezeigt werden, sind nicht zulässig (*BT-Drucks 16/3100 S 171*). In der Rechtsprechung der in Angelegenheiten der GKV zuständigen Senate des BSG ist geklärt, dass diese durch den Gesetzgeber ausdrücklich als Ausschlussfrist bezeichnete Frist nur Bedeutung erlangt, wenn dem MDK über eine Anzeige nach § 301 SGB V und die Vorlage eines Kurzberichtes hinausgehend weitere Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen sind (*vgl zu den verschiedenen Ebenen der Auskunft- und Prüfpflichten auch BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 24 RdNr 18 ff, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen*). Der ungenutzte Ablauf der Frist führt deshalb lediglich dazu, dass KK und MDK bei einzelfallbezogenen Abrechnungsprüfungen nach Ablauf der Ausschlussfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V auf die Daten beschränkt sind, die das Krankenhaus der KK im Rahmen seiner Informationsobliegenheiten bei der Krankenhausaufnahme und zur Abrechnung - deren vollständige Erfüllung vorausgesetzt - jeweils zur Verfügung gestellt hat. Die Regelung des § 275 Abs 1c S 2 SGB V hindert hingegen nicht, die Abrechnung des Krankenhauses auf dieser Grundlage überhaupt sachlich und rechnerisch zu prüfen; insoweit bewirkt § 275 Abs 1c S 2 SGB V schon vom rechtlichen Ansatz her keinen Einwendungsausschluss (*BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 24 RdNr 17, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen; BSG Urteil vom 13.11.2012 - B 1 KR*

24/11 R RdNr 45, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Gibt es aber selbst für die Zeit der bereichsspezifischen Ausgestaltung des Beschleunigungsgebots ab dem 1.4.2007 im Geltungsbereich des § 275 Abs 1c S 2 SGB V keine Hinweise auf eine normativ für möglich gehaltene Einschränkung des Wirtschaftlichkeitsgebots durch materiell-rechtlich wirkende Ausschlussfristen, gilt dies erst recht für die Zeit vor dem 1.4.2007. Eine materiell-rechtliche Ausschlussfrist zu Lasten der KKn jenseits der sechswöchigen Ausschlussfrist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V steht nicht zur Disposition der Vertragspartner oder ersatzweise der Landesschiedsstelle (offen gelassen in BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr 1, RdNr 21; BSG Urteil von 13.11.2012 - B 1 KR 14/12 R - RdNr 28 ff, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

- 40 Einwendungsausschlüsse zu Lasten der KKn durch Zeitablauf kommen allein nach den hier nicht einschlägigen allgemeinen Vorschriften über die Verjährung in Betracht (zur Verwirkung vgl BSG Urteil vom selben Tage - B 1 KR 24/11 R - RdNr 37, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen).
- 41 (3) Aus den aufgezeigten Grundsätzen ergibt sich, dass auch die Regelung des MDK-Prüferfordernisses (§ 19 Abs 2 S 3 LV) bereits dem Wirtschaftlichkeitsgebot widerspricht. Sie beachtet nicht, dass Prüfverfahren zur Achtung des Wirtschaftlichkeitsgebots auf der ersten und zweiten Stufe (vgl oben) nach der gesetzlichen Konzeption des SGB V in Betracht kommen, die in Verträgen nach § 112 SGB V nicht ausgeschlossen werden dürfen.
- 42 Es kommt hinzu, dass die Regelung der Frist von 30 Tagen für die Einleitung von MDK-Überprüfungsverfahren als weitere Voraussetzung für Einwendungen der KKn gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ab 1.4.2007 auch nicht in Einklang mit § 275 Abs 1c S 2 SGB V steht. Danach ist die Prüfung nach Satz 1 "spätestens sechs Wochen" nach Eingang der Abrechnung bei der KK einzuleiten und durch den MDK anzuzeigen. Die Norm dient zwar der Zielsetzung, eine unverhältnismäßige Anzahl von Einzelfallprüfungen zum Schutz der Krankenhäuser einzudämmen (BT-Drucks 16/3100 S 171). Der Gesetzgeber sah aber lediglich bei missbräuchlichem Vorgehen von KKn bzw bei nahezu routinemäßig erfolgreicher Prüfungseinleitung im Grenzbereich hin zum Rechtsmissbrauch die Zahlung einer Aufwandspauschale als gerechtfertigt an (vgl BSGE 106, 214 = SozR 4-2500 § 275 Nr 3, RdNr 24).
- 43 § 275 Abs 1c S 2 SGB V schließt - in Harmonie mit dem Gesamtsystem - als abschließende normative Ausgestaltung der Ausschlussfrist von sechs Wochen Dispositionsmöglichkeiten auf Vertragsebene oder durch Schiedsspruch aus. Mehr Beschleunigung als durch die vorgegebene Sechs-Wochen-Frist hat der Gesetzgeber in Abwägung mit dem elementaren Wirtschaftlichkeitsgebot nicht für geboten und zulässig erachtet. Der Auffassung in der Literatur ist nicht zu folgen, wonach eine landesvertraglich vereinbarte oder festgesetzte kürzere Frist dem Schutzzweck umso mehr Rechnung trägt (so aber Gerlach in Hauck/Noftz, SGB V, Stand November 2012, § 275 RdNr 40). Eine solche Betrachtungsweise ließe die Einbettung des Prüfverfahrens in den Kontext des Wirtschaftlichkeitsgebots außer Betracht. Nur ausnahmsweise räumt der

Gesetzgeber der Beschleunigung des Verfahrens durch das allgemeine Gebot der zeitnahen Prüfung (S 1) und die konkrete Sechs-Wochen-Frist zur Einleitung des Prüfverfahrens (S 2) Vorrang vor dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit ein.

- 44 3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Halbs 3 SGG iVm § 154 Abs 2 und 3, § 155 Abs 1 S 3, § 159 S 1 VwGO iVm § 100 Abs 1 ZPO. Für eine abweichende Beteiligung der Revisionskläger iS von § 100 Abs 2 ZPO besteht mangels erheblicher Verschiedenheit keine Veranlassung. Die Entscheidung über den Streitwert beruht nach Ermessen des Gerichts auf dem der Bedeutung für die Rechtsmittelführer entsprechenden Höchststreitwert (§ 197a Abs 1 S 1 Halbs 1 SGG iVm § 47 Abs 1 S 1, § 52 Abs 1 und 4 GKG; zur umfassenden Befugnis der Korrektur der Nebenentscheidungen der Vorinstanzen vgl BSGE 98, 267 = SozR 4-3250 § 14 Nr 4, RdNr 38 mwN; BSGE 62, 131, 136 = SozR 4100 § 141b Nr 40; Hauck in Zeiher, SGG, Stand 1.11.2010, § 154 VwGO nach § 197a SGG, Anm 7 mwN).