

Der Streitwert wird auf 8.191,04 EUR festgesetzt.

Die Sprungrevision wird zugelassen.

Tatbestand

Die Klägerin fordert von der Beklagten die Erstattung zu Unrecht bezahlter Vergütung in Höhe von 8.191,04 € für eine stationäre Behandlung des Patienten [REDACTED] im Frühjahr 2022.

Der [REDACTED] geborene Versicherte der Klägerin, [REDACTED], wurde in der Zeit vom 28.03.2022 bis zum 30.04.2022 im Klinikum [REDACTED] der Beklagten stationär behandelt. Die Aufnahme erfolgte wegen des Verdachts auf eine Thrombose. Die Beschwerden stellten sich als Folge eines Erysipels heraus. Nachfolgend wurde im Rahmen der chirurgischen Behandlung ein Plattenlagerinfekt nach Plattenosteosynthese einer distalen Tibiafraktur festgestellt.

Für die Behandlung stellte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 27.06.2022 unter Zugrundelegung der DRG I98Z insgesamt 27.045,53 € (abzüglich 280,00 € Zuzahlungsbetrag des Versicherten) in Rechnung. Als Hauptdiagnose legte sie eine Infektion und entzündliche Reaktion durch eine interne Osteosynthesevorrichtung (ICD-10-GM 2022: T84.6; Hinweis: nachfolgend aufgeführte Diagnosen sind solche des ICD-10-GM 2022) zugrunde.

Die Klägerin beglich die Rechnung zunächst, leitete jedoch anschließend ein Prüfverfahren hinsichtlich der Kodierung der Hauptdiagnose und Prozeduren ein.

Der Medizinische Dienst Niedersachsen und Bremen (= MD) kam in seiner sozialmedizinischen Stellungnahme vom 06.02.2023 zu dem Ergebnis, dass die Hauptdiagnose nicht korrekt kodiert worden sei. Zu kodieren sei unter Würdigung der Vorgaben der DKR D015u die Hauptdiagnose A46 (Erysipel [Wundrose]). Der Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung im Vorfeld sei mit der ICD Y84.9! zu verschlüsseln. Die Prozedur OPS 5-780.6n (Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Tibia dista) sei zu löschen, da es sich um eine im Rahmen einer Implantatentfernung inkludierte Leistung handele. Es resultiere die DRG J35Z.

Diesem Begutachtungsergebnis schloss sich die Klägerin nach eigener Prüfung an und übermittelte der Beklagten am 07.02.2023 die Leistungsentscheidung, wonach die

DRGJ35Z unter Zugrundelegung der Hauptdiagnose A46 und Streichung des nicht belegtem OPS 5-780.6n angesteuert werde. Der Rückforderungsanspruch wurde auf 8.191,04 € beziffert.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit Nachricht vom 08.03.2023 mit, dass sie die leistungsrechtliche Entscheidung der Klägerin bestreite. In der Dokumentation der Akte sei beschrieben, dass primär der Befund als Erysipel gedeutet worden sei. Erst nachfolgend sei ursächlich ein Plattenlagerinfekt nach Plattenosteosynthese einer distalen Tibiafraktur gewesen. Therapeutisch nachfolgend seien ein lokales und knöchernes Debridement sowie die vollständige Metallentfernung am rechten Innenknöchel und vacuseal Anlage notwendig geworden. Es sei also ein erheblich höherer therapeutischer Aufwand als bei einem Erysipel erforderlich gewesen. Die Beklagte bat die Klägerin um erneute Prüfung des Falls.

Die Klägerin leitete daraufhin am 08.03.2023 das Erörterungsverfahren ein und forderte von der Beklagten die Vorlage der Unterlagen, welche auch dem MD zur Prüfung vorgelegen hätten. Eine von der Klägerin am 11.04.2023 erfolgte Anfrage zur Verlängerung des Erörterungsverfahrens wurde seitens der Beklagten am 14.04.2023 angenommen.

Der von der Beklagten erneut eingeschaltete MD blieb in seinem Sozialmedizinischen Gutachten vom 10.05.2023 bei seiner Auffassung, dass die Hauptdiagnose zu ändern sei. Am 11.05.2025 stellte die Klägerin fest, dass das Erörterungsverfahren abgeschlossen sei. Sie teilte der Beklagten mit, dass der Dokumentationsbogen auf dem Postweg übermittelt werde.

Die Klägerin stellte im Dokumentationsbogen gem. § 10 PrüfvV zur Einzelfallbezogenen Erörterung nach § 17c Abs. 2b KHG einen Erörterungsabschluss am 15.05.2023 fest. Eine Verweigerung der Erörterung oder fehlende Mitwirkung nach § 9 Abs. 11 PrüfvV durch die Klägerin oder die Beklagte ist nicht dokumentiert. Es habe keine Einigung gegeben. In den zusammengefassten Erläuterungen zum Ergebnis heißt es, der MD stelle auch in einer Folgebegutachtung klar, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme ein lokaler Infekt am Unterschenkel rechts nach einer Osteosynthese vorgelegen habe. Der im Rahmen der Vorbegutachtung zitierte Lokalbefund passe eindeutig zu der daraufhin gestellten Diagnose eines Erysipels. Die internistische Behandlung sei daraufhin unter der üblichen Antibiose bis zum 04.04.2022 durchgeführt worden. Erst danach sei die Verlegung in die Chirurgie und die dortige Weiterbehandlung erfolgt. Ob sich zum Aufnahmezeitpunkt der Infekt vom Subkutanbereich nach subfaszial ausgedehnt hatte, sei in der Akte nicht dokumentiert. Auch im Verlegungsbericht vom 09.06.2022 werde ein Erysipel beschrieben,

welches primär vorgelegen habe. Im Verlauf habe sich ein Narbenabszess gebildet. Zudem werde der OPS 5-780.6n (Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement: Tibia distal) gestrichen, da die Leistung bereits im Rahmen einer Implantatentfernung inkludiert sei. Unter Berücksichtigung der Behandlungsunterlagen sowie dem zweiten Gutachten vom 10.05.2023 bestehe die Klägerin auf eine Abrechnung der DRG J35Z. Es finde sich kein Konsens in diesem Fall. Die Klägerin bleibe bei Ihrer leistungsrechtlichen Entscheidung vom 07.02.2023.

Am 22.11.2023 hat die Klägerin die vorliegende Klage erhoben. Im vorliegenden Fall sei die Hauptdiagnose mit A46 (Erysipel) anstelle des von der Beklagten gewählten T-Kodes (T84.6) zu kodieren, denn die sogenannten T-Kodes seien ausweislich der Abschnittsüberschrift der ICD-10-GM (2022) für die Codes T80 bis T88 nur dann zu kodieren, wenn die Diagnose nicht bereits anderenorts klassifiziert sei. Für den Zusammenhang mit einer früheren medizinischen Behandlung sei ein Zusatzcode (hier: Y84.9!) zu wählen. Zudem sei der OPS 5-780.6n (Inzision am Knochen, septisch und aseptisch: Debridement, Tibia distal) zu streichen, da dieser Code bereits im Rahmen der Implantatentfernung inkludiert sei (monokausale Entfernung). Als unechter Hilfsantrag werde die Aufschlagszahlung nach § 275 Abs. 3 SGB V geltend gemacht.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 8.191,04 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der EZB seit dem 8.2.2023 zu zahlen;

hilfsweise für den Fall der Begründetheit des Antrages zu 1.), die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.857,45 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der EZB seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, das Klageverfahren sei unzulässig, da es an der ordnungsgemäßen Durchführung des Erörterungsverfahrens fehle. Die Klägerin habe lediglich den MD erneut beauftragt, ohne, dass es eine inhaltliche Diskussion zwischen den Beteiligten gegeben habe. Es seien nicht einmal die Gründe aus der Stellungnahme des MD übersandt worden. Es sei lediglich eine Übersendung des Dokumentationsbogens auf dem Postweg angekündigt worden. Der Dokumentationsbogen sei der Beklagten darüber hinaus nicht zugegangen.

Hierzu repliziert die Klägerin, die PrüfvV sehe zur Beendigung des Erörterungsverfahrens keine konkreten Regelungen vor, insbesondere sei kein erneuter „Leistungsbescheid“ erforderlich. Das Erörterungsverfahren sei von ihr eingeleitet und ordnungsgemäß beendet worden. Ein etwaiger Verstoß gegen gesellschaftliche Konventionen stelle keinen Rechtsverstoß dar. Nach § 9 Abs. 11 PrüfvV gelte die Abrechnungsstreitigkeit bei Verweigerung der Erörterung oder fehlender Mitwirkung durch das Krankenhaus oder die Krankenkasse als erörtert im Sinne des § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG. Der Beklagten sei die erneute Prüfung durch den MD bekannt gewesen, sie hätte sich daher nach Eingang des MD-Gutachtens sicher sein können, dass sich die Klägerin auf den Inhalt berufen würde. Dies sei auch an der nachfolgenden Mitteilung erkennbar, dass die Klägerin den Dokumentationsbogen an die Beklagte übermitteln werde. Das dieser dann nicht eingegangen sei, sei zwar sehr bedauerlich, ändere aber an den übrigen Umständen nichts.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung sowie der Zulassung der Sprungrevision mit Schriftsätzen vom 01.09.2025 und 02.09.2025 zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakte, den Verwaltungsvorgang der Klägerin und die Patientenakte der Beklagten Bezug genommen. Diese haben vorgelegen und waren Grundlage der Entscheidung.

Entscheidungsgründe

Gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) konnte das Gericht im vorliegenden Fall durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten dem zugestimmt haben.

Die Klage bleibt ohne Erfolg, denn sie ist unzulässig. Es fehlt an der vorherigen Durchführung des Erörterungsverfahrens. Nach § 17c Abs. 2b KHG (eingefügt mit Wirkung zum 01.01.2020 durch das MDK-Reformgesetz vom 14.12.2019, BGBl. I 2789, 2806) in Verbindung mit der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG und über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG vom 22.06.2021 (im Folgenden = PrüfvV), in Kraft getreten mit Wirkung vom 01.01.2022, findet eine gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung über die Versorgung von Patientinnen und Patienten nur statt, wenn vor der Klageerhebung die Rechtmäßigkeit der Abrechnung einzelfallbezogen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus erörtert worden

ist. Der vorliegende Rechtsstreit betrifft die gerichtliche Überprüfung einer Krankenhausabrechnung über die Versorgung eines Patienten im Jahr 2022, so dass die gesetzliche Regelung des § 17c Abs. 2b KHG hier Anwendung findet.

I. Die danach erforderliche einzelfallbezogene Erörterung hat vorliegend bezogen auf die Krankenhausabrechnung über die Behandlung des Versicherten der Klägerin, [REDACTED] [REDACTED] im Krankenhaus der Beklagten vom 28.03.2022 bis zum 30.04.2022 nicht stattgefunden.

Bei dem Erfordernis des vorgeschalteten Erörterungsverfahrens handelt es sich um eine von Amts wegen zu prüfende besondere Prozessvoraussetzung. Ein Sachurteil darf nur ergehen, wenn die Erörterung stattgefunden hat. Das Fehlen führt zur Unzulässigkeit der Klage. Beweispflichtig für die Durchführung des Erörterungsverfahrens ist die Klägerin (BeckOK KHR/Gerlach, 11. Ed. 1.7.2025, KHG § 17c Rn. 38, 39, beck-online).

Vorliegend wurde das Erörterungsverfahren ordnungsgemäß eingeleitet. Die Beklagte hat die Leistungsentscheidung der Klägerin nach § 8 PrüfvV vom 07.02.2023 fristgerecht binnen sechs Wochen am 08.03.2023 gem. § 9 Abs. 1 Satz 1 PrüfvV bestritten und das Bestreiten zugleich inhaltlich begründet (§ 9 Abs. 1 Satz 2 PrüfvV). Die Klägerin hat entsprechend der Vorgaben in § 9 Abs. 4 Satz 1 PrüfvV noch am gleichen Tag der Beklagten mitgeteilt, dass sie an ihrem Leistungsbescheid festhalte und das Bestreiten der leistungsrechtlichen Entscheidung ablehne. Hiermit wurde gem. § 9 Abs. 4 Satz 2 PrüfvV das Erörterungsverfahren eingeleitet.

Im Anschluss an die Einleitung des Erörterungsverfahrens hat allerdings die erforderliche einzelfallbezogene Erörterung zwischen den Beteiligten nicht stattgefunden. Der Begriff der Erörterung setzt einen mündlichen oder schriftlichen ausführlichen und detaillierten Diskurs, einen umfassenden Austausch der Argumente und damit eine Diskussion über die Rechtmäßigkeit der betroffenen Abrechnung voraus. Die Diskussion hat einzelfallbezogen zu sein, d.h. sie muss sich auf den konkreten Abrechnungsfall beziehen, der zur gerichtlichen Überprüfung gestellt werden soll. Wenn sich aus der Dokumentation ergibt, dass die Beteiligten nur der äußeren Form nach das Verfahren durchlaufen haben, ohne tatsächlich die Rechtmäßigkeit einzelfallbezogen erörtert zu haben, ist die Klage unzulässig (vgl. zum Ganzen: BeckOK KHR/Gerlach, 11. Ed. 1.7.2025, KHG § 17c Rn. 38, 39, beck-online).

So liegt der Fall hier. Das Erörterungsverfahren wurde nur der äußeren Form nach durchlaufen, ohne dass es eine einzelfallbezogene Diskussion gegeben hat. Vorliegend

wurde im Rahmen des Erörterungsverfahrens durch die Klägerin lediglich eine weitere Stellungnahme des MD eingeholt. Nachdem der MD seine gutachterliche Stellungnahme am 10.05.2023 erstellt hatte, teilte die Klägerin der Beklagten am Folgetag (11.05.2023) mit, dass der Dokumentationsbogen auf dem Postweg übersandt werde. Ein Austausch der Argumente und damit eine Diskussion über die Rechtmäßigkeit der betroffenen Abrechnung haben nicht stattgefunden. Das Erörterungsverfahren bestand einseitig aus der Einholung einer weiteren Stellungnahme des MD. Es ist nicht einmal erkennbar, dass der Beklagten das Ergebnis der Begutachtung durch den MD bereits bekannt war, als ihr schon an dem Tag nach Erstellung des Gutachtens die Beendigung des Erörterungsverfahrens durch die Klägerin mitgeteilt wurde. Der Beklagten wurde keine Gelegenheit zur Stellungnahme zu dem Begutachtungsergebnis gegeben. Die Klägerin hat ihr lediglich - ohne vorher nochmals Kontakt zur Beklagten aufzunehmen - mitgeteilt, dass das Erörterungsverfahren am 11.05.2023 abgeschlossen worden sei und der Dokumentationsbogen auf dem Postweg versandt werde.

Die Sichtweise der Klägerin, die unterbliebene Diskussion verletze allenfalls gesellschaftliche Konventionen, stelle aber keinen Rechtsverstoß dar, überzeugt nicht. Sie ist mit dem Gesetzeswortlaut des § 17c Abs. 2b Satz 1 KHG, der eine einzelfallbezogene Erörterung zwischen den Beteiligten explizit als Klagevoraussetzung fordert, nicht vereinbar. Ein solches Verständnis liefe zudem der vom Gesetzgeber beabsichtigten Reduzierung gerichtlicher Verfahren über Abrechnungsstreitigkeiten zu wider (vgl. BT-Drs. 20/3876, S. 69, LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 22. Mai 2025 - L 5 KR 3416/2-, Rn. 22, juris). Denn nur im Falle eines echten Austausches von Argumenten ist eine vorgerichtliche Streitbeilegung im Rahmen des Erörterungsverfahrens überhaupt denkbar.

II. Die Durchführung des Erörterungsverfahrens wird vorliegend auch nicht nach den Regelungen der PrüfvV fingiert. Die hier allein in Betracht kommende, für zeitlich nach Einleitung des Erörterungsverfahrens vorgesehene Fiktion des Erörterungsverfahrens nach § 9 Abs. 11 PrüfvV ist nicht einschlägig. Danach gilt die Abrechnungsstreitigkeit bei Verweigerung der Erörterung oder fehlender Mitwirkung durch das Krankenhaus oder die Krankenkasse als erörtert im Sinne des § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG. Nach allgemeinem Sprachgebrauch ist unter einer Verweigerung ein abweisendes bzw. unzugängliches Verhalten, ein sich entgegenstemmen, nicht an sich heranlassen bzw. sich sperren zu verstehen (<https://www.duden.de/rechtschreibung/verweigern>).

Eine Verweigerung der Erörterung oder fehlende Mitwirkung des beklagten Krankenhauses liegt hier nicht vor. Diesem wurde nach Einholung der Stellungnahme des MD vielmehr gar nicht erst die Gelegenheit gegeben, sich inhaltlich zu äußern und an einer

Erörterung mitzuwirken, bevor ihr am Tag nach Erstellung des MD Gutachtens die Beendigung des Erörterungsverfahrens mitgeteilt wurde.

Eine ausdrückliche Verweigerung der Erörterung durch die klagende Krankenversicherung liegt ebenfalls nicht vor. Eine Verweigerung könnte zwar konkludent in ihrem Verhalten - also der umgehenden Beendigung des Erörterungsverfahrens ohne Ermöglichung eines inhaltlichen Austausches zu den Ergebnissen des neuen MD Gutachtens - zu sehen sein, die Regelung des § 9 Abs. 11 PrüfvV findet nach Überzeugung der Kammer jedoch auf Verweigerungsverhalten und fehlende Mitwirkungen der Klägerseite keine Anwendung. Die Fiktion nach § 9 Abs. 11 PrüfvV ist vielmehr sachgemäß teleologisch dahingehend zu reduzieren, dass sie nur in den Fällen eintritt, in denen der jeweilige Anspruchsgegner eine inhaltliche Erörterung durch Verweigerung oder fehlende Mitwirkung torpediert. Denn nur in diesem Fall bedarf es der Fiktion des Erörterungsverfahrens, damit der potentielle Beklagte ein Klageverfahren nicht alleine dadurch blockieren kann, dass er die Erörterung verweigert bzw. am Erörterungsverfahren nicht mitwirkt. Da die Durchführung des einzelfallorientierten Erörterungsverfahrens als Zulässigkeitsvoraussetzung ausgestaltet ist, läge es ansonsten in der Hand des potentiellen Beklagten, alleine durch Verweigerung und fehlende Mitwirkung im Erörterungsverfahren die gerichtliche Durchsetzung eines streitigen Anspruchs im Klagewege zu verhindern.

Zwar würde der Wortlaut des § 9 Abs. 11 PrüfvV durchaus eine Fiktion im Falle einer Verweigerung bzw. fehlenden Mitwirkung auf Klägerseite erfassen, denn danach können Verhaltensweisen sowohl des Krankenhauses als auch der Krankenkasse eine Fiktion bewirken. Hier geht der Wortlaut der Regelung allerdings offensichtlich planwidrig über das Regelungsziel und die Interessenlage der Vertragspartner hinaus. Dass die Regelung auch die klagende Partei von der Einhaltung des gesetzlich erforderlichen Erörterungsverfahrens entbindet und ihr das Herbeiführen der Klagevoraussetzung durch Verweigerungsverhalten ermöglicht, ist zwar vom Wortlaut der Regelung erfasst, aber von dem niedergelegten Willen der Vertragspartner (1.) sowie vom gesetzlichen Regelungsauftrag der PrüfvV (2.) nicht gedeckt.

1. Die Interessenlage der Vertragspartner ergibt sich insoweit eindeutig aus den Gemeinsamen Umsetzungshinweisen des GKV-Spitzenverbandes und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Absatz 1 SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG und über das einzelfallbezogene Erörterungsverfahren nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG vom 22.06.2021 zwischen dem GKV-Spitzenverband, Berlin und der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin (abrufbar unter www.bwkg.de/daten-

fakten/downloads/verschiedenes, nachfolgend = Umsetzungshinweise). Diese sind Bestandteil der PrüfvV, das heißt sie sind ebenfalls für die Krankenkassen, den MD und die zugelassenen Krankenhäuser verbindlich (vgl. § 17c Abs. 2 Satz 4, Hs. 2 KHG). In den Umsetzungshinweisen heißt es zu § 9 Abs. 11 PrüfvV, dass diese Regelung dem Schutz der jeweils anderen Partei des Abrechnungsverfahrens diene. Eine Partei solle durch bloßes Verweigern der Durchführung des Erörterungsverfahrens oder Unterlassen einer Mitwirkungshandlung generell die Klageerhebung nicht verhindern können. Dies dürfe keiner der beteiligten Parteien zu einem Vorteil gereichen, daher regelt Absatz 11, dass in den Fällen der Verweigerung der Erörterung oder von Mitwirkungshandlungen das für die Klageerhebung erforderliche Erörterungsverfahren als durchgeführt gelte und eine Klageerhebung somit zulässig sei. Die Regelung des § 9 Abs. 11 PrüfvV dient damit allein dem Schutz der klagenden Partei, die an der Klageerhebung nicht durch blockierendes Verhalten der Gegenseite gehindert sein darf.

2. Die Vertragsparteien der PrüfvV sind zur Regelung einer Umgehungsmöglichkeit der gesetzlich geregelten Prozessvoraussetzung des vorgeschalteten Erörterungsverfahrens nicht befugt. Ausweislich der Ermächtigungsgrundlage in § 17c Abs. 2 Satz 1, Hs. 1 PrüfvV regeln die Vertragspartner das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275c Abs. 1 SGB V. In der Vereinbarung sind nach § 17c Abs. 2 Satz 1, Hs. 2 KHG abweichende Regelungen zu § 275c Absatz 1 Satz 1 SGB V möglich. Nach § 17c Abs. 2 Satz 2 Nr. 8 KHG haben sie dabei insbesondere Regelungen über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern für die einzelfallbezogene Erörterung nach § 17c Absatz 2b Satz 1 KHG zu treffen. Das Einzelfallerörterungsverfahren als solches wird hiermit nicht umfassend zur Disposition der Vertragspartner gestellt, vielmehr sind die Vertragspartner lediglich befugt und ermächtigt, Verfahrensregelungen zu treffen. Die Vertragspartner sind befugt, die Einzelheiten zum Erörterungsverfahren zu regeln, also insbesondere Fristen für die Geltendmachung von Tatsachen und Einwendungen, Ausnahmen für den Fall, dass die nicht fristgemäße Geltendmachung auf nicht zu vertretenden Gründen beruht, sowie Regelungen über die Dokumentation der Erörterung (§ 17c Abs. 2 Satz 5 KHG). Sie sind allerdings nicht dazu befugt, die Regelungen des Erörterungsverfahrens so zu gestalten, dass die durch höherrangiges Recht angeordnete Zulässigkeitsvoraussetzung unterlaufen wird, in dem es die klagende Partei selbst in der Hand hat, ob sie in eine Erörterung einsteigt oder dieses Erfordernis durch reine Verweigerung umgeht. Denn von den gesetzlichen Bestimmungen abweichende Regelungen sind gem. § 17c Abs. 2, S. 1 Hs. 2 KHG nur in Bezug auf § 275c Abs. 1 S. 1 SGB V, d.h. hinsichtlich der Frist zur Einleitung und Anzeige des Prüfverfahrens, zulässig (BeckOK KHR/Gerlach, 11. Ed. 1.7.2025, KHG § 17c Rn. 25, beck-online). Es würde aber eine von den gesetzlichen Regelungen abweichende Regelung vorliegen, wenn es der klagenden Partei aufgrund der Regelungen

in der PrüfvV quasi freistünde, ob sie sich auf eine einzelfallbezogene Erörterung einlässt oder eben nicht. Die gesetzlich angeordnete Klagevoraussetzung der einzelfallbezogenen Erörterung würde bei diesem Verständnis durch die Regelung in § 9 Abs. 11 PrüfvV unterlaufen und letztlich ad absurdum geführt.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO. Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit dem Gerichtskostengesetz (GKG). Da der Klageantrag auf eine bezifferte Geldleistung gerichtet war, ist deren Höhe maßgeblich (§ 52 Abs. 3 GKG).

Die Sprungrevision wird nach § 161 Abs. 1, 2 SGG i.V.m. § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zugelassen, da die entscheidungsrelevanten Tatsachen hier unstreitig sind und es um die Klärung von Rechtsfragen mit grundsätzlicher Bedeutung geht. Die Sache hat grundsätzliche Bedeutung im Sinne des § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG. Die vorliegende Kammerentscheidung beruht auf der Auslegung des mit Wirkung zum 01.01.2022 eingeführten § 17c Abs. 2b Satz 1 KHG sowie der Anwendung der hierzu geltenden Prüfverfahrensordnung. Die Rechtsfragen betreffen die Zulässigkeit der Klage und sind damit entscheidungserheblich. Sie sind auch klärungsbedürftig, denn die Beantwortung der sich stellenden Fragen ergibt sich nicht unmittelbar aus dem Gesetz und ist - soweit ersichtlich - höchstrichterlich noch nicht entschieden. Sie hat schließlich Bedeutung über den Einzelfall hinaus, denn sie betrifft den Zugang von Krankenhausabrechnungen zur gerichtlichen Prüfung nach Maßgabe des zum 01.01.2022 in Kraft getretenen § 17c Abs. 2b KHG und dient der rechtseinheitlichen Anwendung und Auslegung dieser gesetzlichen Neuregelung. Über die Anforderungen an die Erfüllung der Prozessvoraussetzung des vorgeschalteten Erörterungsverfahrens wird in zahlreichen weiteren beim Sozialgericht Bremen und voraussichtlich auch anderen Sozialgerichten anhängigen Klageverfahren gestritten.

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Dieses Urteil kann mit der Berufung oder - wenn der Gegner schriftlich zustimmt - mit der Revision angefochten werden.

Die Berufung ist **innerhalb eines Monats** nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen **schriftlich** oder **in elektronischer Form** nach Maßgabe von § 65a Sozialgerichtsgesetz in Verbindung mit der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach vom 24.11.2017 (BGBl. I 2017, S. 3803) in der jeweils

aktuellen Fassung oder **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung **innerhalb der Monatsfrist** bei dem Sozialgericht Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen **schriftlich** oder **in elektronischer Form** nach Maßgabe von § 65a Sozialgerichtsgesetz in Verbindung mit der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach vom 24.11.2017 (BGBl. I 2017, S. 3803) in der jeweils aktuellen Fassung oder **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss **innerhalb der Monatsfrist** bei einem der vorgenannten Gerichte **eingegangen sein**. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt anstelle der oben genannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

Die Revision ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten **innerhalb eines Monats** nach Zustellung des Urteils **schriftlich** beim Bundessozialgericht 34114 Kassel, einzulegen. Die Revisionsschrift muss **innerhalb der Monatsfrist** bei dem Bundessozialgericht **eingegangen sein**.

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht vom 18. Dezember 2006 (BGBl. I S. 3219 ff., abrufbar unter www.egvp.de) entspricht und als Anhang einer elektronischen Nachricht zu übermitteln ist. Die qualifizierte elektronische Signatur erfordert eine Signaturkarte und ein Kartenlesegerät (zu den weiteren technischen Voraussetzungen und den zulässigen Dateiformaten: www.egvp.de). Zur Entgegennahme elektronischer Dokumente ist ausschließlich der elektronische Gerichtsbriefkasten des Bundessozialgerichts bestimmt, der über die vom Bundessozialgericht zur Verfügung gestellte Zugangs- und Übertragungssoftware erreichbar ist. Die Software kann über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bundessozialgericht.de) lizenzfrei heruntergeladen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen:

- die Mitglieder und Angestellten von Gewerkschaften, von selbstständigen Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung; von Vereinigungen von Arbeitgebern, von berufsständischen Vereinigungen der Landwirtschaft und von den in § 14 Abs. 3 Satz 2 SGG genannten Vereinigungen, die kraft Satzung oder Vollmacht zur Prozessvertretung befugt sind,
- Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedsstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,

- Personen, die als Angestellte juristischer Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der vorgenannten Organisationen stehen, handeln, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung der Mitglieder der Organisation entsprechend deren Satzung durchführt und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet,
- jeder bei einem deutschen Gericht zugelassene Rechtsanwalt.

Behörden als Vorsitzende sowie Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts brauchen sich nicht durch einen Prozessbevollmächtigten vertreten zu lassen.

Die Revisionsschrift muss das angefochtene Urteil bezeichnen. Die schriftliche Zustimmung des Gegners ist der Revisionsschrift beizufügen.

Die Revision ist **innerhalb von zwei Monaten** nach Zustellung des Urteils von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten - bei Behörden sowie Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts auch durch einen bevollmächtigten Bediensteten - schriftlich zu begründen. Die Begründung muss einen bestimmten Antrag enthalten und die verletzte Rechtsnorm bezeichnen.

Die Revision kann nur darauf gestützt werden, dass das angefochtene Urteil auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt. Auf Mängel des Verfahrens kann die Revision nicht gestützt werden.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt anstelle der oben genannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**. An die Stelle der Frist von **zwei Monaten** zur Begründung der Revision tritt eine Frist von **vier Monaten**.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für die Revision vor dem Bundessozialgericht kann ein Beteiligter, der nicht schon durch einen Bevollmächtigten der unter I B, a) genannten Gewerkschaften oder Vereinigungen vertreten ist, Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht entweder **schriftlich** einzureichen oder in elektronischer Form oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle **zu Protokoll** zu erklären. Die Hausanschrift des Bundessozialgerichts lautet: Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen: hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten und ggf. durch den Schreibwarenhandel bezogen werden.

Der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse - ggf. nebst entsprechenden Belegen - müssen bis zum Ablauf der Frist **für die Einlegung der Revision** (ein Monat nach Zustellung des Urteils

im Inland, drei Monate nach Zustellung des Urteils im Ausland) beim Bundessozialgericht **eingegangen sein.**

Mit dem Antrag auf Prozesskostenhilfe kann ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt benannt werden.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

Der Berufungs- oder Revisionsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Sofern Revision eingelegt wird, bittet das Bundessozialgericht um je zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht bei Einlegung der Berufung oder Revision in elektronischer Form.



Richterin am Sozialgericht