S 60 KR 175/21 KH

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	10
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 60 KR 175/21 KH
Datum	14.05.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 KR 474/21 KH
Datum	07.12.2022

3. Instanz

Datum	-

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 14.05.2021 geÃ¤ndert.

Die Klage wird abgewiesen.

Die Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens werden gegeneinander aufgehoben. Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird fÃ¼r das Berufungsverfahren auf 1295,30 â‚¬ festgesetzt.

Â

Tatbestand:

Â

Zwischen den Beteiligten ist im Rahmen einer Fortsetzungsfeststellungsklage streitig, ob die Rechnung Ã¼ber eine stationÃ¤re Krankenhausbehandlung des bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten E (Versicherter) fÃ¤llig geworden ist.

Â

Die KlÃ¤gerin ist TrÃ¤gerin eines zugelassenen Krankenhauses, in dem der Versicherte vom 11.01.2020 bis 14.11.2020 vollstationÃ¤r behandelt wurde. HierfÃ¼r stellte die KlÃ¤gerin mit Rechnung vom 19.11.2020 unter Zugrundelegung der DRG J11C (Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, ohne mÃ¤ÃŸig komplizierende Prozedur oder Diagnose, Alter >17 Jahre oder ohne Ã¤uÃŸerst schwere oder schwere CC, mit bestimmtem Eingriff oder niedriger HidradenitisÂ suppurativa oder bei BNB/Pemphigoid oder mit kleinen Eingriffen an der Haut) einen Betrag iHv 2590,59 â‚¬ in Rechnung.

Â

Per Datenaustausch Ã¼bermittelte die Beklagte der KlÃ¤gerin daraufhin am 24.11.2020 die folgende ErklÃ¤rung:

Â

â€žVollstationÃ¤re Abrechnung einer ambulant erbringbaren Leistung. Eine MBEG fÃ¼r die stationÃ¤re DurchfÃ¼hrung liegt uns nicht vor. Daher ist der Fall ambulant abzurechnen. MfG Hâ€œ

Â

Eine Zahlung auf die Rechnung erfolgte nicht.

Â

Am 04.02.2021 hat die KlÃ¤gerin beim Sozialgericht Duisburg (SG) Klage mit dem Antrag erhoben, die Beklagte zur Zahlung von 2590,59 â‚¬ nebst Zinsen iHv 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 25.11.2020 zu zahlen, und zur BegrÃ¼ndung vorgetragen, sie habe den Rechnungsdatensatz am 19.11.2020 vollstÃ¤ndig und ordnungsgemÃ¤ÃŸ an die Beklagte Ã¼bermittelt und damit ihre Mitwirkungsobliegenheiten erfÃ¼llt. Der Rechnungsbetrag sei durch die Beklagte nicht ausgeglichen worden. Diese sei gemÃ¤ÃŸ Â§ 417 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Zahlung binnen fÃ¼nf Tagen nach Rechnungseingang verpflichtet gewesen.

Â

Der Gesetzgeber habe mit dieser Regelung deutlich gemacht, dass es vor dem Hintergrund der aktuellen Pandemie von besonderer Bedeutung sei, die LiquiditÃ¤t der Leistungserbringer zu sichern. Nach ordnungsgemÃ¤ÃŸer Rechnung sei der KostentrÃ¤ger verpflichtet, die Krankenhausrechnung zu begleichen. Allein die Behauptung einer fehlerhaften Abrechnung lasse die auch im Landesvertrag vorgesehene Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse nach

der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nicht entfallen (Urteil vom 25.10.2016 â€“ B 1 KR 6/16 R). Die Beklagte sei nicht berechtigt, den Ausgleich der Rechnung zu verweigern. Ein ZurÃ¼ckbehaltungsrecht der Beklagten kÃ¶nne nur bei einem einvernehmlich als bestehend festgestellten Erstattungsanspruch oder nach einer entsprechenden Feststellung durch den Medizinischen Dienst (MD) bestehen. Diese Voraussetzungen lÃ¤gen nicht vor. Die Beklagte habe den MD nicht beauftragt.

Â

Mit KlageeingangsverfÃ¼gung vom 09.02.2021 hat das SG darauf hingewiesen, dass die Beklagte nach vorlÃ¤ufiger WÃ¼rdigung des Sach- und Streitstandes zur umgehenden Begleichung der Krankenhausrechnung aufgrund des kompensatorischen Beschleunigungsgebots des Landesvertrags sowie Â§ 417 S 1 SGB V verpflichtet sein dÃ¼rfte. Es werde einem sofortigen Anerkenntnis entgegengesehen. Sofern ein Anerkenntnis nicht bis 25.02.2021 vorliegen sollte, werde bereits jetzt die Entscheidung durch Gerichtsbescheid gemÃ¤ÃŸ Â§ 105 Sozialgerichtsgesetz (SGG) angekÃ¼ndigt. Der Gerichtsbescheid werde nicht vor dem 25.02.2021 ergehen.

Die VerfÃ¼gung ist der Beklagten am 15.02.2021 mittels Empfangsbekenntnis zugestellt worden.

Â

Mit Schriftsatz vom 16.02.2021 hat die Beklagte mitgeteilt, dass der Betrag von 2590,59 â‚¬ zuzÃ¼glich Zinsen nunmehr angewiesen worden sei. Die KlÃ¤gerin sei damit klaglos gestellt und der Rechtsstreit erledigt. Die Beklagte gebe ausdrÃ¼cklich keine ProzesserklÃ¤rung Ã¼ber ein Anerkenntnis ab. Nach ErledigungserklÃ¤rung durch die KlÃ¤gerin werde sie die notwendigen Kosten dem Grunde nach tragen.

Â

Die KlÃ¤gerin hat die Auffassung vertreten, unter BerÃ¼cksichtigung der geleisteten Zahlung kÃ¶nne kein Zweifel daran bestehen, dass die Beklagte zugestanden habe, dass der Klageanspruch bestehe. Die Zahlung der Beklagten sei als Anerkenntnis auszulegen. Soweit die Beklagte erklÃ¤rt habe, kein Anerkenntnis abgeben zu wollen, sei diese ErklÃ¤rung nicht klar und eindeutig, sondern offenkundig widersprÃ¼chlich. Diese ErklÃ¤rung kÃ¶nne deshalb als ProzesserklÃ¤rung nicht berÃ¼cksichtigt werden, weil sie formal betrachtet unwirksam sei. Sofern das Gericht ein Anerkenntnis der Beklagten nicht annehme, sei das Verfahren fortzusetzen, da eine Erledigung dann nicht eingetreten sei. WÃ¶rtlich hat die KlÃ¤gerin ausgefÃ¼hrt:

Â

â€žâ€¦FÃ¼r diesen Fall wÃ¼rde die KlÃ¤gerin folgenden Antrag stellen:

Â

Es wird festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet war, die Behandlungskosten in HÃ¶he von â‚¬ 2590,59 fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung des Versicherten E im Zeitraum 11.11.2020 â€“ 14.11.2020 zu zahlen.

Â

Unter BerÃ¼cksichtigung der AusfÃ¼hrungen der Beklagten begehrt die Beklagte nunmehr die Feststellung, dass das Verhalten der Beklagten rechtswidrig war. Die Leistungsklage wÃ¼rde also in eine Feststellungsklage umgestellt. â€¦â€œ

Â

Die KlÃ¤gerin habe ein berechtigtes Feststellungsinteresse, da die Beklagte das im vorliegenden Verfahren gerÃ¼gte rechtswidrige Zahlungsverhalten auch in anderen BehandlungsfÃ¤llen zeige und ein Interesse daran bestehe, dass sich das Verhalten der Beklagten nicht wiederhole. Streitig sei zwischen den Beteiligten die Frage, ob die Beklagte berechtigt gewesen sei, den Ausgleich der Behandlungskosten zu verweigern, ohne eine entsprechende ÃœberprÃ¼fung durch den MD zu veranlassen. Die KlÃ¤gerin gehe davon aus, dass die Beklagte dieses Verhalten nicht wiederhole, wenn das Gericht die Zahlungspflicht feststelle und damit deutlich mache, dass die Beklagte sich rechtswidrig verhalten habe. Weiter hat die KlÃ¤gerin wÃ¶rtlich ausgefÃ¼hrt:

Â

â€žâ€¦ Vor diesem Hintergrund ist das Verfahren unter BerÃ¼cksichtigung des Feststellungsinteresses der KlÃ¤gerin fortzusetzen fÃ¼r den Fall, dass die Beklagte gegenÃ¼ber dem Gericht kein Anerkenntnis erklÃ¤rt. â€¦â€œ

Â

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, es fehle an einem Feststellungsinteresse. Die Hauptforderung nebst Zinsforderung sei durch Zahlung befriedigt worden. Die KlÃ¤gerin sei diesbezÃ¼glich klaglos gestellt. Ein Feststellungsinteresse im Sinne des Â§ 55 SGG erfordere, dass ein berechtigtes Interesse an der Feststellung eines RechtsverhÃ¤ltnisses gegenÃ¼ber dem anderen Beteiligten bestehe. Dies sei ua der Fall bei Unsicherheit Ã¼ber die Rechtslage, weil die Beklagte zB einen Anspruch bestreite oder leugne. Diese Voraussetzungen lÃ¤gen nicht vor, da Haupt- und Nebenforderung durch Zahlung befriedigt worden seien. Insofern bedÃ¼rfe es keiner Feststellung, dass die Klage ursprÃ¼nglich begrÃ¼ndet war. Es bestehe

auch kein besonderes Feststellungsinteresse, da es sich um einen medizinischen Einzelfall handele, der keine RÃ¼ckschlÃ¼sse auf andere Fallkonstellationen zulasse. Es sei nicht zu erwarten, dass genau diese Konstellation erneut auftrete. Die Beklagte sei auch nicht verpflichtet gewesen, ein prozessuales Anerkenntnis abzugeben. Die Auslegung einer ErledigungserklÃ¤rung als Anerkenntnis sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nicht zulÃ¤ssig.

Â

Mit VerfÃ¼gung vom 27.04.2021 hat das SG den Beteiligten per Fax mitgeteilt, dass es nunmehr den bereits angekÃ¼ndigten Gerichtsbescheid erlassen werde. Eine Entscheidung werde nicht vor dem 11.05.2021 ergehen. Mit Fax vom 12.05.2021 hat das SG der Beklagten einen Schriftsatz der BevollmÃ¤chtigten der KlÃ¤gerin vom 10.05.2021 zur Stellungnahme Ã¼bersandt.

Â

Mit Gerichtsbescheid vom 14.05.2021 hat das SG festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet war, die Rechnung der KlÃ¤gerin vom 19.11.2020 bezÃ¼glich der stationÃ¤ren Behandlung des Versicherten E vom 11.11.2020 bis 14.11.2020 im Hause der KlÃ¤gerin iHv 2590,59 â‚¬ innerhalb fÃ¼nf Tagen nach Rechnungseingang zu begleichen und die Klage im Ãœbrigen abgewiesen. Die Klage und insbesondere die KlageÃ¤nderung von einem ursprÃ¼nglichen Leistungsantrag in einen Fortsetzungsfeststellungsantrag nach Â§ 131 Abs 1 S 3 SGG analog sei zulÃ¤ssig. Bei der ursprÃ¼nglich erhobenen Klage habe es sich um eine echte Leistungsklage gemÃ¤ÃŸ Â§ 54 Abs 5 SGG im Sinne eines Parteienstreits im GleichordnungsverhÃ¤ltnis gehandelt. Diese Leistungsklage habe sich nicht durch Annahme eines Anerkenntnisses erledigt. Die ausdrÃ¼cklich nicht als Anerkenntnis abgegebene ProzesserklÃ¤rung vom 16.02.2021 lasse sich nicht entgegen ihrem expliziten Wortlaut als Anerkenntnis auslegen. Die Beklagte sei auch nicht verpflichtet gewesen, ein Anerkenntnis abzugeben, da es in ihrer Dispositionsfreiheit als Prozessbeteiligte gestanden habe zu wÃ¤hlen, ob sie ein eine TermingebÃ¼hr auslÃ¶sendes Anerkenntnis oder eine bloÃŸe ErledigungserklÃ¤rung abgibt. Die KlÃ¤gerin sei durch die MÃ¶glichkeit der Umstellung der ursprÃ¼nglichen Leistungsklage auf einen Fortsetzungsfeststellungsantrag hinreichend geschÃ¼tzt.

Die KlageÃ¤nderung nach Â§ 99 Abs 1 SGG sei zulÃ¤ssig. Zwar habe die Beklagte der KlageÃ¤nderung widersprochen, sodass weder eine Zustimmung zur KlageÃ¤nderung noch eine rÃ¼gelose Einlassung vorliege. In AusÃ¼bung ihres Ermessens halte die Kammer die KlageÃ¤nderung aber gemÃ¤ÃŸ Â§ 99 Abs 1 2. Var SGG fÃ¼r sachdienlich. Denn die Beteiligten wÃ¼rden vorliegend â€“ anders als die Beklagte meine â€“ nicht um Einzelheiten des zugrundeliegenden Behandlungsfalls streiten, sondern im Wesentlichen um die Auslegung

des Â§ 417 SGB V und mithin um eine abstraktionsfÃ¤hige Rechtsfrage, die sich derzeit in einer Vielzahl weiterer Verfahren zwischen den Beteiligten in dieser und Kammern des SG stelle. Es sei zudem zu erwarten, dass sich diese Rechtsfrage â€“ ohne eine abstrakte gerichtliche KlÃ¤rung â€“ in einer Vielzahl weiterer Verfahren zwischen den Beteiligten stellen werde. Infolge der hiermit verbundenen Wiederholungsgefahr gehe die Kammer auch vom Vorliegen eines besonderen Feststellungsinteresses gemÃ¤ÃŸ Â§ 131 Abs 1 S 3 SGG analog aus. Im Hinblick auf die Vielzahl der zwischen den Beteiligten anhÃ¤ngigen Verfahren und ggf bei weiterer Missachtung der gesetzlichen Zahlungsverpflichtung gemÃ¤ÃŸ Â§ 417 SGB V in Zukunft anhÃ¤ngig zu machenden Klagen bestehe Ã¼berdies ein wirtschaftliches Interesse der KlÃ¤gerin an einer gerichtlichen KlÃ¤rung der Zahlungsverpflichtung der Beklagten. Ohne eine gerichtliche Feststellung der Rechtswidrigkeit des Vorgehens der Beklagten sei die KlÃ¤gerin darauf angewiesen, kostenpflichtig in einer Vielzahl weiterer BehandlungsfÃ¤lle gerichtlichen Rechtsschutz zu suchen. Die Klage sei in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang auch begrÃ¼ndet. Die KlÃ¤gerin habe Anspruch auf die geltend gemachte Zahlung iHv 2590,59 â‚¬ zzgl Zinsen gehabt. Die Beklagte habe rechtswidrig gehandelt insoweit sie nicht gemÃ¤ÃŸ Â§ 417 SGB V innerhalb von fÃ¼nf Tagen nach Rechnungseingang die Forderung vergÃ¼tetet habe. Die Beklagte habe gegen die gesetzlich normierte Zahlungsfrist nach Â§ 417 S. 2 SGB V verstoÃŸen. Die Vorschrift sehe vor, dass die von den KrankenhÃ¤usern bis zum 30.06.2021 erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen innerhalb von fÃ¼nf Tagen nach Rechnungseingang zu zahlen seien. Die Regelung sei durch das Gesetz zum Ausgleich COVID-19 bedingter finanzieller Belastungen der KrankenhÃ¤user und weiterer Gesundheitseinrichtungen (Covid-19-Krankenhausentlastungsgesetz) in das SGB V eingefÃ¼gt worden und bezwecke, die LiquiditÃ¤t der KrankenhÃ¤user in der derzeitigen Pandemie zu sichern. Das Verschieben von planbaren und nicht zwingend durchzufÃ¼hrenden Operationen und das Freihalten von (Intensiv-) Betten fÃ¼r COVID-19-Patienten fÃ¼hre zu weniger Einnahmen fÃ¼r die KrankenhÃ¤user. Um dennoch die ZahlungsfÃ¤higkeit der KrankenhÃ¤user zu sichern, sei fÃ¼r einen begrenzten Zeitraum eine gesetzliche Zahlungsfrist von fÃ¼nf Tagen eingefÃ¼hrt worden (BT-Drs 19/18.112, Seite 37). Soweit die KlÃ¤gerin mit ihrem Fortsetzungsfeststellungsantrag die umfassende Zahlungsverpflichtung der Beklagten zeitlich uneingeschrÃ¤nkt festgestellt haben wollte, sei die Klage in diesem Umfang abzuweisen.

Â

Gegen den am 25.05.2021 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 11.06.2021 Berufung eingelegt. Sie meint, die VerfahrensfÃ¼hrung des SG sei zu beanstanden, da eine erkennbare Vorverurteilung erfolgt sei. Das SG habe der KlÃ¤gerin augenscheinlich bereits mit Klageerhebung Recht gegeben und sei von Beginn an zur Verurteilung der Beklagten entschlossen gewesen. Die Beklagte rÃ¼ge daher die Verletzung rechtlichen GehÃ¶rs. Das SG habe bereits mit der EingangsverfÃ¼gung vom 09.02.2021 mitgeteilt, es sehe einem sofortigen

Anerkenntnis entgegen, ohne der Beklagten eine Chance gegeben zu haben, ihre Rechtsauffassung darzulegen. Gleichzeitig habe das SG angekÃ¼ndigt, bei ausbleibendem Anerkenntnis binnen ca 16 Tagen durch Gerichtsbescheid zu entscheiden. Die Prozessleitung habe der Beklagten keine realistische Chance gelassen, sich sachgerecht zu verteidigen. Auch auf den zur Stellungnahme am 12.05.2021 Ã¼bersandten Schriftsatz der KlÃ¤gerin vom 10.05.2021 habe die Beklagte nicht reagieren kÃ¶nnen, da das SG bereits am 14.05.2021 ohne weitere AnkÃ¼ndigung per Gerichtsbescheid entschieden habe. Es entstehe deshalb der Eindruck, dass sich das Gericht von Anfang an eine Meinung gebildet habe, die zur Verurteilung der Beklagten gefÃ¼hrt habe, ohne fÃ¼r deren Argumente noch offen zu sein. Die Beklagte habe sich dann aus prozessÃ¶konomischen GrÃ¼nden zur â€žKlaglosstellungâ€œ entschieden, ohne ein Anerkenntnis abgeben zu wollen. Dass SG selber habe die vorgerichtlichen Ereignisse nicht aufgeklÃ¤rt.

Â

Die rechtliche BegrÃ¼ndung des SG sei nicht tragfÃ¤hig. Â§ 417 SGB V regele nur die Zahlungsfrist, nicht aber die FÃ¤lligkeit der VergÃ¼tung. Die Beklagte habe entgegen der Auffassung des SG nicht gegen die Zahlungsfrist verstoÃŸen. Denn die VergÃ¼tung fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung des Versicherten sei nicht fÃ¤llig gewesen. Das BSG habe mehrfach entschieden, dass die FÃ¤lligkeit der Krankenhausabrechnung eine formal ordnungsgemÃ¤ÃŸe Abrechnung voraussetze. Der Anlass fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung bei regelhaft ambulant erbringbaren Behandlungen sei mit den gemÃ¤ÃŸ Â§ 301 SGB V zu Ã¼bermittelnden Daten anzugeben, damit die KrankenhÃ¤user ihren Informationspflichten gerecht werden. Dies sei von dem bloÃŸen â€žAufnahmegrund 0101â€œ zu unterscheiden, da dieser keine Auskunft darÃ¼ber gebe, weshalb eine regelhaft ambulant erbringbare Leistung ausnahmsweise stationÃ¤r durchgefÃ¼hrt werde. Bei der PrÃ¼fung auf erster Stufe durch die medizinische BegrÃ¼ndung (MBEG) handele es sich nicht um eine inhaltlich-medizinische Beurteilung, sondern um eine bloÃŸe PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung, welche gegebenenfalls zur Einleitung eines PrÃ¼fverfahrens durch den MD fÃ¼hre. Insofern kÃ¶nne erst im Nachgang der MBEG entschieden werden, ob ein PrÃ¼fverfahren eingeleitet werde.

Â

In FÃ¤llen, in denen grundsÃ¤tzlich eine ambulante Behandlung in Betracht komme, gehÃ¶rten hierzu auch die Angabe des Grundes der Aufnahme, dh eine ErlÃ¤uterung des Krankenhauses, warum von der Regelhaftigkeit â€žambulant vor stationÃ¤râ€œ im Einzelfall abgewichen wurde. Nur so sei es dem Sachbearbeiter der Krankenkasse mÃ¶glich, auf der ersten Stufe der dreistufigen AbrechnungsprÃ¼fung hinreichend fundiert zu entscheiden, ob eine weitere Einschaltung des MDK erforderlich sei. Es handele sich insofern um eine Mitteilungsobliegenheit des Krankenhauses gegenÃ¼ber der Krankenkasse. Das Krankenhaus habe von sich aus zur BegrÃ¼ndung der FÃ¤lligkeit der Forderung gegenÃ¼ber der

Krankenkasse die erforderlichen ergÃ¤nzenden Angaben zu machen. Diese Mitwirkungsobliegenheit sei nicht auf FÃ¤lle nach dem â€žKatalog ambulant durchfÃ¼hrbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemÃ¤ÃŸ Â§ 115b SGB V im Krankenhausâ€œ (AOP-Katalog) beschrÃ¤nkt. Das BSG habe in stÃ¤ndiger Rechtsprechung die Mitwirkungsobliegenheit auf FÃ¤lle erstreckt, die regelhaft ambulant erbracht werden kÃ¶nnen und bei denen daher fÃ¼r eine Entscheidung eine entsprechende Information notwendig ist. Prozeduren auÃŸerhalb des AOP-Kataloges wÃ¼rden den Schluss einer fehlenden ambulanten Erbringbarkeit nicht zulassen. Denn der AOP-Katalog sei kein Abgrenzungskatalog zwischen ambulanter und stationÃ¤rer Leistung, sondern bezwecke die Erweiterung des Leistungsspektrums des Krankenhauses um die MÃ¶glichkeit des ambulanten Operierens und der DurchfÃ¼hrung stationsersetzender Eingriffe. Zahlreiche Prozeduren seien nicht im AOP-Katalog enthalten, aber zweifellos ambulant erbringbar. Entsprechend habe das BSG auch in den nicht im AOP-Katalog erfassten FÃ¤llen einer Polysomnographie und einer StoÃŸwellentherapie gegen Nieren- und Harnleitersteine entschieden, dass eine weitergehende BegrÃ¼ndung des Krankenhauses erforderlich sei. Die KlÃ¤gerin habe es trotz Hinweises der Beklagten vom 23.11.2019 unterlassen, eine MBEG zu Ã¼bermitteln. Die GesamtumstÃ¤nde der Behandlung des Versicherten hÃ¤tten auf eine ambulante Erbringbarkeit der Behandlung hingedeutet. Die erfolgten Exzisionen von erkranktem Gewebe mÃ¼ssten typischerweise nicht unter vollstationÃ¤ren Bedingungen durchgefÃ¼hrt werden. So seien diese teilweise im AOP-Katalog enthalten. Dem/der Sachbearbeiter:in der Beklagten sei es dadurch nicht mÃ¶glich gewesen, Ã¼ber die Notwendigkeit der Einleitung eines MD-PrÃ¼fverfahrens sachgerecht zu entscheiden. Denn es habe die vom BSG zutreffend fÃ¼r notwendig erachtete BegrÃ¼ndung, warum hier vom Standardvorgehen â€žambulant vor stationÃ¤râ€œ abgewichen worden sei, gefehlt. Der/die RechnungsprÃ¼fer:in habe nicht zwingend sofort in die nÃ¤chste Stufe der RechnungsprÃ¼fung Ã¼bergehen mÃ¼ssen, sondern auf einer Ãœbersendung einer plausiblen MBEG bestehen dÃ¼rfen. Es fehle auch an einer relevanten Wiederholungsgefahr und der rechtlichen oder tatsÃ¤chlichen PrÃ¤judizialitÃ¤t fÃ¼r andere AbrechnungsfÃ¤lle und mithin an einem Fortsetzungsfeststellungsinteresse. Die Frage der Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Behandlung sei nicht in jedem Fall in gleicher Weise zu beantworten, sodass eine Entscheidung Ã¼ber die BegrÃ¼ndetheit der von der KlÃ¤gerin erhobenen Klage nicht geeignet gewesen sei, die Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten dieses Rechtsstreits zu klÃ¤ren und weitere Auseinandersetzung zwischen ihnen zu vermeiden. Es habe sich vorliegend um einen Einzelfall gehandelt. Sofern das SG auf Â§ 417 SGB V verweise, stelle sich die Frage, was die KlÃ¤gerin festgestellt haben wolle.

Â

Â Â§ 417 SGB V sei in seiner Formulierung eindeutig und stelle ausdrÃ¼cklich auf den FÃ¤lligkeitszeitpunkt ab. Dass die Krankenkasse sich an Â§ 417 SGB V zu halten hat, ergebe sich aus dem Gesetz. Es fehle an einer klÃ¤rungsbedÃ¼rftigen Rechtsfrage. Das

RechtsschutzbedÃ¼rfnis fÃ¼r die Leistungsklage sei mit Klaglosstellung der KlÃ¤gerin entfallen. Denn die KlÃ¤gerin habe kein rechtliches Interesse mehr daran, den erfÃ¼llten Anspruch durchzusetzen. Damit entfalle die ZulÃ¤ssigkeit der Klage. Ebenso entfalle die BegrÃ¼ndetheit der Klage, da eine ErfÃ¼llung eingetreten sei, die zum ErlÃ¶schen des Anspruchs gefÃ¼hrt habe.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

die Klage unter Aufhebung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Duisburg vom 14.05.2021 abzuweisen.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

Â

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Sie hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r zutreffend. Der Vorwurf einer fehlerhaften VerfahrensfÃ¼hrung gehe fehl. Allein die Bestimmung knapper Fristen bedeute nicht, dass eine Partei vorverurteilt werde. Die Beklagte habe die MÃ¶glichkeit gehabt, FristverlÃ¤ngerungsantrÃ¤ge zu stellen. Es sei richtig, dass die Beteiligten nicht nur im vorliegenden Rechtsstreit Ã¼ber die Frage streiten wÃ¼rden, unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf VergÃ¼tung einer stationÃ¤ren Behandlung fÃ¤llig wird und dass die Beklagte nicht nur im vorliegenden Verfahren behaupte, sie sei nach dem Ausbleiben einer angeforderten MBEG berechtigt, die Bezahlung zu verweigern. Die ErklÃ¤rung der Beklagten vom 24.11.2020 stelle keine Anforderung einer medizinischen BegrÃ¼ndung da, sondern sei lediglich die Mitteilung des Ergebnisses ihrer eigenen Bewertung. Es handele sich vorliegend auch nicht um einen Einzelfall. Die Beklagte verweigere in einer Vielzahl von FÃ¤llen die Bezahlung von Rechnungen mit der Behauptung, es seien ambulante Leistungen stationÃ¤r erbracht und Informationen nur unvollstÃ¤ndig Ã¼bermittelt worden. Aus der ErklÃ¤rung vom 24.11.2020 werde deutlich, dass die Beklagte selbst eine medizinische Beurteilung vorgenommen habe, ohne den MD im Einzelfall zu beauftragen. Dieses Verhalten hÃ¤ufe sich. Hintergrund sei, dass die Beauftragung des MD aufgrund der PrÃ¼fquoten nicht mehr uneingeschrÃ¤nkt mÃ¶glich sei. Es entstehe der Eindruck, dass diese fehlende

PrÃ¼fungsmÃ¶glichkeit dadurch kompensiert werden solle, dass BehandlungsfÃ¤lle durch die Mitarbeiter/innen der Beklagten inhaltlich Ã¼berprÃ¼ft werden. Die Frage, ob eine Behandlung auch ambulant hÃ¤tte erbracht werden kÃ¶nnen, sei ohne Zweifel eine medizinische Bewertung. Eine solche dÃ¼rfe die Beklagte nicht ohne Einschaltung des MD vornehmen. Aus Sicht der KlÃ¤gerin verhalte sich die Beklagte fortlaufend rechtswidrig, weil sie die konkreten Vorgaben des Gesetzgebers und der PrÃ¼fverfahrensvereinbarung nicht einhalte. Die Beklagte sei nicht berechtigt, den Ausgleich von Krankenhausrechnungen zu verweigern, nur um die Beauftragung des MD zu umgehen. Die streitgegenstÃ¤ndliche Forderung sei mit Ãœbermittlung der Abrechnung fÃ¤llig geworden. Die Ã¼bermittelten Diagnosen und OPS ergÃ¤ben sich aus der vorgelegten Schlussrechnung. Der Behauptung, die GesamtumstÃ¤nde wÃ¼rden auf eine ambulante Erbringbarkeit hindeuten, werde ausdrÃ¼cklich widersprochen. Schon das Alter des Versicherten deute auf die Erforderlichkeit einer stationÃ¤ren Behandlung hin. Unter BerÃ¼cksichtigung der Ã¼bermittelten Daten seien die Mitarbeiter der Beklagten in der Lage gewesen, Ã¼ber die Einleitung des MD-PrÃ¼fverfahrens sachgerecht zu entscheiden. Der Grund der stationÃ¤ren Aufnahme sei per DTA mitgeteilt worden. Der Grund der Aufnahme werde per SchlÃ¼ssel Ã¼bermittelt. Unterbleibe die Ãœbermittlung, werde der Datensatz schon deshalb als fehlerhaft zurÃ¼ckgewiesen. Im vorliegenden Behandlungsfall sei ein entsprechender SchlÃ¼ssel Ã¼bermittelt worden. Es sei der Aufnahmegrund 0201 Ã¼bermittelt worden (â€žKrankenhausbehandlung, vollstationÃ¤r mit vorausgegangener vorstationÃ¤rer Behandlung; Normalfallâ€œ). Zwar seien nach der Rechtsprechung des BSG KrankenhÃ¤user in genau bestimmten Fallgruppen verpflichtet, eine weitergehende BegrÃ¼ndung an den KostentrÃ¤ger zu Ã¼bermitteln. Der vorliegende Behandlungsfall falle aber nicht unter die vom BSG festgestellten Fallgruppen. Es sei kein OPS Ã¼bermittelt worden, der im AOP-Katalog gefÃ¼hrt werde. Es sei auch keine geriatrische Komplexbehandlung oder Behandlung im Schlaflabor erfolgt. Die KlÃ¤gerin sei mit der streitgegenstÃ¤ndlichen Abrechnung nicht offenkundig von Abrechnungsvorschriften abgewichen. Sie sei nicht verpflichtet gewesen, eine weitergehende ErlÃ¤uterung zu Ã¼bermitteln. Schon die Vielzahl der anhÃ¤ngigen Klageverfahren mache deutlich, dass sich fÃ¼r die KlÃ¤gerin eine erhebliche Wiederholungsgefahr ergebe. Streitig sei insbesondere die Frage, welche PrÃ¼fung die Beklagte selbst vornehmen dÃ¼rfe und ob sie im Einzelfall berechtigt sei, die Zahlung von Krankenhausrechnungen ohne Einschaltung des MD zu verweigern. Diese Frage stellte sich in einer Vielzahl von AbrechnungsfÃ¤llen. Auch die Frage, in welchen Konstellationen eine Krankenbehandlung regelhaft auch ambulant erbracht werden kann, sei hÃ¶chstrichterlich nicht geklÃ¤rt. Es sei vÃ¶llig unklar, wie eine solche Behandlung zu erkennen sei. FÃ¼r die Beantwortung der Frage, ob die Behandlung regelhaft auch ambulant erfolgen kÃ¶nne, mÃ¼sse auf den gesamten medizinischen Lebenssachverhalt abgestellt werden. Dieser ergebe sich nicht nur Ã¼ber einen erbrachten OPS. Zu berÃ¼cksichtigen seien vielmehr Haupt- und auch sÃ¤mtliche Nebendiagnosen sowie die Stammdaten. Nur Ã¼ber diese Informationen werde ein Behandlungsfall abgebildet und es kÃ¶nne entschieden werden, ob eine Behandlung regelhaft auch ambulant erbracht werden kÃ¶nne. Das SG habe deshalb zutreffend eine

erhebliche Wiederholungsgefahr angenommen und das Feststellungsinteresse der KlÃ¤gerin bejaht.

Â

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Â

Die zulÃ¤ssige Berufung, Ã¼ber die der Berichterstatter nach Ãœbertragung durch den Senat mit Beschluss vom 26.04.2022 gemÃ¤ÃŸ Â§ 153 Abs 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zusammen mit den ehrenamtlichen Richtern und aufgrund entsprechender Zustimmung der Beteiligten *(Schriftsatz der Beklagten vom 07.11.2022 und Schriftsatz der KlÃ¤gerin vom 02.12.2022)* gemÃ¤ÃŸ Â§ 124 Abs 2 SGG ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheiden kann, ist begrÃ¼ndet.

Â

Eine ZurÃ¼ckverweisung der Streitsache an das Sozialgericht gemÃ¤ÃŸ Â§ 159 Abs 1 Nr 2 SGG kommt nicht in Betracht, obwohl das sozialgerichtliche Verfahren an einem wesentlichen Mangel im Sinne dieser Vorschrift leidet.

Â

Die Beklagte trÃ¤gt rÃ¼gt zu Recht die Verletzung rechtlichen GehÃ¶rs.

Â

Die AnhÃ¶rungsmitteilung gemÃ¤ÃŸ Â§ 105 Abs 1 S 2 SGG vom 09.02.2021 mit Fristsetzung zum 25.02.2021 ist der Beklagten erst am 15.02.2021 zugegangen, sodass bereits insoweit die RÃ¼ge eines VerstoÃŸes gegen das Gebot rechtlichen GehÃ¶rs begrÃ¼ndet gewesen wÃ¤re (vgl Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl., Â§ 105 Rn 12 mwN), da die AnhÃ¶rungsfrist angemessen sein und 14 Tage nicht unterschreiten sollte (vgl Schmidt, aaO, mwN).

Â

Diese AnhÃ¶rungsmitteilung war jedoch durch den weiteren Verlauf des Verfahrens Ã¼berholt

und ist durch die AnhÃ¶rungsmitteilung vom 26.04.2021, die der Beklagten per Fax am 27.04.2091 zugegangen ist, ersetzt worden. Hierin hat das SG eine Entscheidung durch Gerichtsbescheid nicht vor dem 11.05.2021 angekÃ¼ndigt. Nach Versendung dieser Mitteilung hat das SG der Beklagten den Schriftsatz der KlÃ¤gerin vom 10.05.2021 am 12.05.2021 zur Stellungnahme Ã¼bersandt und bereits am 14.05.2021 durch Gerichtsbescheid entschieden. Der Beklagten blieben somit vor Erlass des Gerichtsbescheids lediglich zwei Tage zur Stellungnahme zum Schriftsatz vom 10.05.2021, sodass der Senat zumindest insofern von einer Verletzung rechtlichen GehÃ¶rs ausgeht.

Â

DarÃ¼ber hinaus ergibt sich eine Verletzung des rechtlichen GehÃ¶rs auch aus dem Inhalt der AnhÃ¶rungsmitteilung vom 09.02.2021. Das Gericht muss den schriftlichen und mÃ¼ndlichen Vortrag der Beteiligten zur Kenntnis nehmen und in seine ErwÃ¤gungen einbeziehen. Ergibt sich aus den UmstÃ¤nden des Einzelfalls, dass das Gericht den Vortrag nicht zur Kenntnis genommen oder nicht erwogen hat, ist das Recht auf GehÃ¶r verletzt (vgl Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, aaO, Â§ 62 Rn 7 mwN). Das SG hat die Beklagte bereits mit der AnhÃ¶rungsmitteilung vom 09.02.2021 aufgefordert, ein Anerkenntnis abzugeben und fÃ¼r den Fall, dass dies nicht geschieht, die zeitnahe Entscheidung durch Gerichtsbescheid angekÃ¼ndigt. Es hat sich damit rechtlich festgelegt, bevor die Beklagte Ã¼berhaupt Gelegenheit hatte, ihre Rechtsposition darzulegen. Offensichtlich hat das SG noch nicht einmal erwogen, einen etwaigen Vortrag der Beklagten bei seiner Entscheidungsfindung zu berÃ¼cksichtigen. Auch hierin sieht der Senat eine Verletzung des rechtlichen GehÃ¶rs der Beklagten.

Â

Da der Rechtsstreit jedoch entscheidungsreif war, hat der Senat nicht an das SG zurÃ¼ckzuverweisen. Voraussetzung der ZurÃ¼ckverweisung ist gemÃ¤ÃŸ Â§ 159 Abs 1 Nr 2 SGG, dass das Verfahren an einem wesentlichen Mangel leidet und aufgrund dieses Mangels eine umfangreiche und aufwÃ¤ndige Beweisaufnahme notwendig ist. Dies ist nicht der Fall, da im Berufungsverfahren allein rechtliche Fragen zu klÃ¤ren sind.

Â

Das SG hat zu Unrecht festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet war, die Rechnung der KlÃ¤gerin vom 19.11.2020 bezÃ¼glich der stationÃ¤ren Behandlung des Versicherten innerhalb von fÃ¼nf Tagen nach Rechnungseingang zu begleichen.

Â

Zweifelhaft ist schon, ob die KlÃ¤gerin einen Fortsetzungsfeststellungsantrag, Ã¼ber den das

SG entscheiden konnte, konkret gestellt hat. Die anwaltlich vertretene KlÃ¤gerin hat mit Schriftsatz vom 19.03.2021 lediglich ausgefÃ¼hrt, dass sie einen Feststellungsantrag stellen wÃ¼rde, sofern das Gericht ein Anerkenntnis nicht annehmen sollte. Durch Verwendung des Konjunktivs hat die KlÃ¤gerin zur Ãœberzeugung des Senats zum Ausdruck gebracht, dass sie einen entsprechenden Antrag unter bestimmten Voraussetzungen stellen wird, diesen aber derzeit noch nicht stellt. Auch in ihrem weiteren Schriftsatz vom 10.05.2021 hat die KlÃ¤gerin zwar ihre Rechtsauffassung zum Fortsetzungsfeststellungsinteresse dargelegt, ohne jedoch einen konkreten Antrag zu stellen. Bei dieser Sachlage erscheint es bei einem anwaltlich vertretenen Beteiligten zumindest fraglich, ob von einem wirksam gestellten prozessualen Antrag ausgegangen werden kann.

Â

Diese Frage kann jedoch dahinstehen, da ein entsprechender Antrag im vorliegenden Fall jedenfalls unzulÃ¤ssig war und die ursprÃ¼ngliche Leistungsklage nach Zahlung durch die Beklagte unbegrÃ¼ndet geworden ist.

Â

Die Fortsetzungsfeststellungsklage ist in entsprechender Anwendung des Â§ 131 Abs 1 S 3 SGG grundsÃ¤tzlich auch bei Klagen, deren primÃ¤res Rechtsschutzbegehren sich nicht auf einen Verwaltungsakt bezog und damit auch bei Erledigung einer allgemeinen Leistungsklage anwendbar (str; wie hier: BSG, Urteil vom 18.05.2011 â€“ B 3 P 5/10 R â€“ in juris Rn 33 mwN; aA Keller aaO, Â§ 131 Rn 7c mwN).

Â

Ein Fortsetzungsfeststellungsantrag ist nur zulÃ¤ssig, wenn der KlÃ¤ger ein berechtigtes Interesse an der Feststellung hat. Das nach Â§ 131 Abs 1 S 3 SGG erforderliche Interesse ist, ebenso wie das berechtigte Interesse bei Â§ 55 SGG, eine Sonderform des RechtsschutzbedÃ¼rfnisses (vgl Keller, aaO, Rn 10). Die angestrebte Entscheidung muss geeignet sein, die Position des KlÃ¤gers zu verbessern. Das Interesse kann sich aus einer Wiederholungsgefahr, der PrÃ¤judizialitÃ¤t fÃ¼r andere RechtsverhÃ¤ltnisse sowie einem Rehabilitationsinteresse des KlÃ¤gers ergeben (vgl Keller, aaO, Rn 10a mwN).

Â

Die KlÃ¤gerin kann sich im vorliegenden Verfahren nicht mit Erfolg auf die geltend gemachte Wiederholungsgefahr berufen. Eine solche ist gegeben, wenn die nicht entfernt liegende MÃ¶glichkeit wiederholten Auftretens der Rechtsfrage zwischen den Beteiligten besteht, etwa, wenn sich konkret abzeichnet, dass unter im Wesentlichen unverÃ¤nderten tatsÃ¤chlichen oder rechtlichen UmstÃ¤nden ein gleichartiges Leistungsbegehren wieder auftreten kann (vgl BSG,

Urteil vom 25.12.2012 â€“ B 9 SB 1/12 R â€“ in juris Rn 22 mwN; Keller, aaO, Rn 10b mwN).

Â

Es ist nicht ersichtlich, dass die vorliegend konkret zu beurteilende Fallkonstellation eine Ã¼ber den Einzelfall hinausgehende Bedeutung hat.

Â

Daran fehlt es zwar nicht bereits deshalb, weil der vom SG zur Anwendung gebrachte Â§ 417 SGB V nicht mehr in Kraft ist (siehe zu diesem Kriterium etwa Udsching in Rolfs/Giesen/Kreikebohm/MeÃŸling/Udsching, Beck OK Sozialrecht, 62. Edition, Stand: 01.09.2021, Â§ 160, Rn 12). Denn der Regelungsgehalt dieser Norm findet sich im Wesentlichen unverÃ¤ndert nunmehr in Â§ 415 SGB V.

Â

GrundsÃ¤tzliche Bedeutung hat eine Rechtssache aber nur dann, wenn die zu treffende Entscheidung sich Ã¼ber den Einzelfall hinaus auswirkt (Breitenwirkung) und von der Antwort eine klÃ¤rungsbedÃ¼rftige Rechtsfrage abhÃ¤ngt. Von einer derartigen Breitenwirkung einer Rechtsfrage ist auszugehen, wenn diese Ã¼ber den Einzelfall hinaus allgemeine Bedeutung in unbestimmt vielen FÃ¤llen oder wenigstens einer Mehrzahl weiterer FÃ¤lle hat, dh wenn sie im Interesse der Allgemeinheit das Recht fortentwickelt oder vereinheitlicht (Wehrhahn in Schlegel/Voelzke, juris PK-SGG, 1. Aufl, Â§ 144 (Stand: 05.11.2021), Rn 31f, mwN). Eine geklÃ¤rte Rechtsfrage hat hingegen keine grundsÃ¤tzliche Bedeutung mehr. Als geklÃ¤rt ist eine Rechtsfrage dann anzusehen, wenn sich fÃ¼r die Antwort aus anderen hÃ¶chstrichterlichen Entscheidungen bereits ausreichende Anhaltspunkte ergeben, wenn die Antwort von vornherein praktisch auÃŸer Zweifel steht oder wenn sie so gut wie unbestritten ist. Eine Antwort steht beispielsweise dann auÃŸer Zweifel, wenn sie sich unmittelbar aus dem Gesetz ergibt oder hÃ¶chstrichterlich entschieden wurde (Werhahn, aaO, mwN).

Â

So verhÃ¤lt es sich hier. Es mag zwar sein, dass die hier streitgegenstÃ¤ndlichen Fragen in einer Vielzahl von bei den Sozialgerichten anhÃ¤ngigen KlagefÃ¤llen aufgeworfen werden. Es bedarf indes keiner KlÃ¤rung der Rechtsfrage durch den Senat, um Rechtseinheit zu gewÃ¤hrleisten. Denn die im hiesigen Verfahren relevanten Rechtsfragen lassen sich anhand der bestehenden Normen und der bisherigen Rechtsprechung des BSG ohne weiteres beantworten.

Â

Â§ 417 SGB V aF hat folgenden Wortlaut:

Â

Die von den KrankenhÃ¤usern bis zum 30. Juni 2021 erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen sind von den Krankenkassen innerhalb von fÃ¼nf Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Ãœbergabe des Ãœberweisungsauftrags an ein Geldinstitut oder der Ãœbersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus. Ist der FÃ¤lligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, so verschiebt er sich auf den nÃ¤chst folgenden Arbeitstag. Das Bundesministerium fÃ¼r Gesundheit kann durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates die in Satz 1 genannte Frist verlÃ¤ngern.

Â

Dem Wortlaut dieser Vorschrift â€“ und im Ãœbrigen auch dem Wortlaut des seit dem 09.06.2021 geltenden Â§ 415 SGB V â€“ lÃ¤sst sich entnehmen, dass mit der Regelung allein die Zahlungsfrist fÃ¼r eine KrankenhausvergÃ¼tung mittels eines Bundesgesetzes fÃ¼r einen bestimmten Zeitraum (bundes-) einheitlich festgelegt wurde. Zutreffend hat das SG auf die Intention des Gesetzgebers hingewiesen und referiert, dass die VerkÃ¼rzung der Zahlungsfrist (lediglich) dazu dienen soll, aufgrund der durch das Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19) verursachten Pandemie in KrankenhÃ¤usern auftretende LiquiditÃ¤tsengpÃ¤sse zu vermeiden bzw zu reduzieren. Weder dem Wortlaut der Regelung noch der GesetzesbegrÃ¼ndung (BT-Drucks 19/18112, S 36 f) lassen sich Anhaltspunkte dafÃ¼r entnehmen, dass mit der Regelung anderweitige Aspekte der FÃ¤lligkeit einer von einem Krankenhaus ausgestellten VergÃ¼tungsabrechnung verÃ¤ndert werden sollten. Vielmehr wird die Abrechnung einer erfolgten Krankenhausbehandlung auch im Anwendungsbereich der og Normen â€“ unverÃ¤ndert â€“ nach MaÃŸgabe der insoweit einschlÃ¤gigen Normen und Regelungen auf Bundes- und Landesebene sowie der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmen sein. Abgesehen von der verkÃ¼rzten Zahlungsfrist ist nicht ersichtlich, auf welcher rechtlichen Grundlage im Anwendungsbereich der vorgenannten Norm abweichende FÃ¤lligkeitsvoraussetzungen gelten sollten. Insofern lÃ¤sst sich die Frage der FÃ¤lligkeitsvoraussetzungen anhand der geltenden Rechtslage klÃ¤ren (vgl zusammenfassend: Beschluss des erkennenden Senats vom 22.12.2021 â€“ L 10 KR 779/21 NZB KH).

Â

Der Senat geht darÃ¼ber hinaus davon aus, dass die durch die KlÃ¤gerin aufgeworfenen Rechtsfragen, welche PrÃ¼fung die Beklagte selbst vornehmen durfte und ob sie berechtigt ist, die Zahlung von Krankenhausabrechnungen ohne Einschaltung des MD zu verweigern, auch unabhÃ¤ngig von den og, neu eingefÃ¼gten Normen nicht klÃ¤rungsbedÃ¼rftig sind.

Â

Zu der Frage, wann und unter welchen UmstÃ¤nden die VergÃ¼tungsabrechnung eines Krankenhauses fÃ¤llig wird, hat das BSG vielmehr in der Vergangenheit bereits mehrfach Stellung genommen (vgl insoweit exemplarisch nur Urteil vom 21.03.2013 â€“ B 3 KR 28/12 R â€“ amtl Rn 13 ff; Urteil vom 21.04.2015 â€“ B 1 KR 10/15 R â€“ amtl Rn 10 ff). Danach setzt die FÃ¤lligkeit der Krankenhausabrechnung eine formal ordnungsgemÃ¤ÃŸe Abrechnung voraus. Eine formal ordnungsgemÃ¤ÃŸe Abrechnung setzt eine ordnungsgemÃ¤ÃŸe Information der Krankenkasse Ã¼ber die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach MaÃŸgabe der Informationsobliegenheiten und ggf -pflichten voraus, insbesondere aus Â§ 301 SGB V sowie ggf ergÃ¤nzenden landesvertraglichen Bestimmungen. Fehlt es an einer dieser Angaben, so tritt mangels formal ordnungsgemÃ¤ÃŸer Abrechnung bereits die FÃ¤lligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein. Die VergÃ¼tungsforderung wird in diesem Fall erst spÃ¤ter fÃ¤llig, wenn das Krankenhaus seine Informationsobliegenheiten und ggf -pflichten gegenÃ¼ber der Krankenkasse erfÃ¼llt hat (vgl BSG, Urteil vom 21.04.2015 â€“ B 1 KR 10/15 R â€“ aaO Rn 10).

Â

Das BSG hat weiter entschieden, dass zu den hiernach gebotenen Informationen gehÃ¶rt, dass das Krankenhaus in FÃ¤llen, in denen regelhaft ambulante Behandlung ausreichend ist, nicht nur eine Aufnahmediagnose benennt, die Ã¤rztliche Behandlung rechtfertigen kann, sondern Angaben zu Begleiterkrankungen oder zu sonstigen GrÃ¼nden macht, die Anlass fÃ¼r die stationÃ¤re Versorgung hÃ¤tten geben kÃ¶nnen. Ohne solche Angaben darÃ¼ber, warum ausnahmsweise eine stationÃ¤re Behandlung erforderlich ist, fehlen Informationen Ã¼ber den â€žGrund der Aufnahmeâ€œ und damit eine der zentralen Angaben, die die Krankenkasse fÃ¼r die ordnungsgemÃ¤ÃŸe AbrechnungsprÃ¼fung benÃ¶tigt. Es ist nach der Rechtsprechung des BSG auch nicht ausreichend, dass als Grund der Aufnahme zur stationÃ¤ren Behandlung auf die Hauptdiagnose hingewiesen worden ist. Das BSG hat insofern ausgefÃ¼hrt, dass das Krankenhaus von sich aus schon zur BegrÃ¼ndung der FÃ¤lligkeit der Forderung gegenÃ¼ber der Krankenkasse die erforderlichen ergÃ¤nzenden Angaben zu machen hat, wenn weder die Hauptdiagnose noch die OPS-Nummer den naheliegenden Schluss zulassen, dass die Behandlung stationÃ¤r erfolgen musste (BSG, aaO Rn 11; vgl auch BSG, Urteil vom 16.05.2012 â€“ B 3 KR 14/11 R â€“ in juris Rn 34). Es handelt sich insofern um Angaben, die auf der 1. Stufe der Sachverhaltsermittlung zu machen sind (vgl BSG, Urteil vom 16.05.2012, aaO).

Â

Weiterhin ergibt sich aufgrund der Rechtsprechung des BSG, dass diese Mitwirkungsobliegenheit nicht auf regelhaft ambulante Leistungen beschrÃ¤nkt ist, die entweder von Kategorie 1 oder von Kategorie 2 der Anl 1 des AOP-Vertrages erfasst sind. So hat das BSG wiederholt in FÃ¤llen, in denen abgerechnete Leistungen nicht im AOP-Katalog enthalten,

aber grundsÃ¤tzlich der ambulanten Versorgung zugewiesen waren, auf der ersten Stufe der Sachverhaltsermittlung zur HerbeifÃ¼hrung der FÃ¤lligkeit der abgerechneten Forderungen Angaben zu den GrÃ¼nden fÃ¼r erforderlich gehalten, die Anlass fÃ¼r die stationÃ¤re Versorgung des Versicherten hÃ¤tten geben kÃ¶nnen (vgl BSG, Urteil vom 16.05.2012 â€“ B 3 KR 14/11 R â€“ in juris Rn 19, 32,34 zur Polysomnographie, Urteil vom 14.10.2014 â€“ B 1 KR 27/13 R â€“ amtl Rn 21 zur StoÃŸwellentherapie gegen Nieren- und Harnleitersteine und Urteil vom 21.04.2015 â€“ B 1 KR 10/15 R â€“ aaO). In diesem Zusammenhang hat das BSG auch ausgefÃ¼hrt, dass die Krankenkassen bei Zweifeln oder Unklarheiten in Bezug auf die gemÃ¤ÃŸ Â§ 301 SGB V Ã¼bermittelten Daten durch nicht-medizinische Nachfragen selbst beim Krankenhaus klÃ¤ren dÃ¼rfen, ob die jeweiligen Voraussetzungen der Zahlungspflicht im Einzelfall gegeben sind, wenn etwa keine ausreichenden Angaben zum Grund der Krankenhausaufnahme ersichtlich sind (Â§ 101 Abs 1 S 1 Nr 3 SGB V; vgl BSG, Urteil vom 16.05.2012, aaO Rn 19). ErschlieÃŸt sich die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den â€“ medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten â€“ Mitarbeitern der Krankenkasse aufgrund der Angaben nach Â§ 301 SGB V oder eines Kurzberichts nicht selbst, kann auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein PrÃ¼fverfahren nach Â§ 275 Abs 1 Nr 1 SGB V eingeleitet werden (vgl BSG, aaO Rn 20 und Urteil vom 21.03.2013 â€“ B 3 KR 28/12 R â€“ aaO Rn 12; vgl zur fehlenden Verpflichtung der Einleitung des PrÃ¼fverfahrens: BSG, Urteil vom 22.06.2022 â€“ B 1 KR 19/21 R â€“ amtl Rn 26).

Â

Soweit die KlÃ¤gerin aufgrund der im vorliegenden Fall durchgefÃ¼hrten Behandlungen ein weitergehendes BegrÃ¼ndungserfordernis im Rahmen der Ãœbermittlung der Daten gemÃ¤ÃŸ Â§ 301 SGB V nicht gesehen hat, handelt es sich allein um eine Frage der rechtlichen WÃ¼rdigung des Einzelfalls, der grundsÃ¤tzliche Bedeutung im og Sinne nicht zukommt. Es ist nicht ersichtlich, dass die vorliegend konkret zu beurteilende Fallkonstellation eine Ã¼ber den Einzelfall hinausgehende Bedeutung hat. Vielmehr ist nicht erkennbar, dass in Zukunft im Wesentlichen unverÃ¤nderte tatsÃ¤chliche UmstÃ¤nde wieder auftreten. Die KlÃ¤gerin hat (insofern) zu Recht darauf hingewiesen, dass fÃ¼r die Beantwortung der Frage, ob die Behandlung regelhaft auch ambulant erfolgen kann, auf den gesamten medizinischen Lebenssachverhalt abgestellt werden muss. Bereits hierdurch wird deutlich, dass es sich bei der Beantwortung der Frage, ob die konkrete Behandlung auch ambulant hÃ¤tte erbracht werden kÃ¶nnen, eben nicht um eine abstrakt zu beantwortende Rechtsfrage von grundsÃ¤tzlicher Bedeutung, sondern um eine solche des jeweiligen medizinischen Einzelfalls handelt.

Â

Der Tenor der angefochtenen Entscheidung ist unter BerÃ¼cksichtigung der og Gesichtspunkte ebenfalls nicht nachzuvollziehen. Dass SG hat letztlich die Pflicht zur Begleichung der

Krankenhausrechnung innerhalb der Frist des Â§ 417 SGB V in einem konkret bezeichneten Einzelfall festgestellt ohne darzulegen, inwiefern seine Entscheidung Ã¼ber den Einzelfall hinausgehend allgemeine Bedeutung hat. Die KlÃ¤gerin hat zu Recht beanstandet, dass bereits nicht deutlich wird, welche Ã¼ber den Einzelfall hinausgehende Rechtsfrage mit dem Tenor der angefochtenen Entscheidung entschieden werden sollte. Auch insofern ist eine PrÃ¤judizialitÃ¤t fÃ¼r andere AbrechnungsfÃ¤lle nicht erkennbar.

Â

Die (unstreitige) ErfÃ¼llung des ursprÃ¼nglich geltend gemachten Anspruchs hat zum ErlÃ¶schen des Anspruchs und damit zur UnbegrÃ¼ndetheit der Klage gefÃ¼hrt, sodass eine Verurteilung auf die ursprÃ¼nglich erhobene Leistungsklage nicht in Betracht kam.

Â

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG iVm Â§Â§ 155 Abs 1 S 1 und 2 sowie 154 Abs 1 VwGO. Der Senat hat dabei berÃ¼cksichtigt, dass die KlÃ¤gerin im erstinstanzlichen Verfahren hinsichtlich des ursprÃ¼nglich geltend gemachten Leistungsanspruchs obsiegt hat, hinsichtlich des Fortsetzungsfeststellungsbegehrens aber unterlegen ist.

Â

GrÃ¼nde fÃ¼r eine Zulassung der Revision liegen nicht vor. Insbesondere die Voraussetzungen nach Â§ 160 Abs 2 Nr 2 SGG sind nicht erfÃ¼llt, da sich die Entscheidung an der Rechtsprechung des BSG orientiert.

Â

Die Streitwertfestsetzung beruht auf Â§ 197a Abs 1 S 1 SGG iVm Â§Â§ 63 Abs 2 S 1, 52 Abs 1 und 2, 47 Abs 1 Gerichtskostengesetz (GKG). Der Senat nimmt auf die insofern zutreffenden AusfÃ¼hrungen des SG Bezug.

Â

Erstellt am: 18.01.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024