S 17 KR 2080/20

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 17 KR 2080/20
Datum	08.03.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 KR 297/21 KH
Datum	01.02.2023

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Duisburg vom 08.03.2021 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Die Beklagte trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert wird fÃ¼r das Berufungsverfahren auf 1.361,64Â â¬ festgesetzt.

Â

Tatbestand:

Â

Â

Die Beteiligten streiten â noch â Ã¼ber die Verzinsung einer

Krankenhausabrechnung, insbesondere darÃ¼ber, wann diese fÃ¤llig geworden ist.

Â

Die KlÃ¤gerin betreibt ein Plankrankenhaus *(iSd* Â§Â 108 NrÂ 2 *FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch)*. Dort behandelte sie in der Zeit vom 09.09.2020 bis 10.09.2020 Frau K. T. *(*Â 00.00.1958)* unter der Diagnose C34.9 *(ICD-10-GM: BÃ¶sartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht nÃ¤her bezeichnet)* stationÃ¤r mit einer Chemotherapie. HierfÃ¼r berechnete die KlÃ¤gerin der Beklagten, bei der die Patientin gegen Krankheit versichert war, insgesamt 1.361,64Â â¬ *(DatentrÃ¤geraustausch vom 24.09.2020)*. Dabei kodierte sie ua den Operationen- und ProzedurenschlÃ¼ssel *(OPS)* 8-543.12 (*Mittelgradig komplexe und intensive Chemotherapie; ein Tag, zwei Medikamente)*. Die Beklagte teilte der KlÃ¤gerin hierauf mit, dass der Fall ambulant abzurechnen sei. Es handele sich um die vollstationÃ¤re Abrechnung einer ambulant erbringbaren Leistung. GrÃ¼nde fÃ¼r die stationÃ¤re DurchfÃ¼hrung lÃ¤gen der Beklagten nicht vor. Die Rechnung beglich die Beklagte nicht.

Â

Die KlÃ¤gerin hat daraufhin am einen 20.12.2020 Klage zum Sozialgericht *(SG)* Duisburg erhoben.

Â

Sie hat vorgetragen, die Beklagte sei nach einer ordnungsgemÃ¤Ã Ã¼bermittelten Krankenhausrechnung verpflichtet, die vollstÃ¤ndigen Behandlungskosten zu zahlen; die Zahlungsfrist habe nach Â§Â 417 SGBÂ V *(idF des COVID-19-Entlastungsgesetzes vom 27.03.2020,* BGBlÂ I 580*; fortan: alte Fassung)* fÃ¼nf Tage nach Rechnungseingang betragen.

Â

Die KlÃ¤gerin hat schriftsÃ¤tzlich beantragt,

Â

die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.361,64Â â¬ nebst Zinsen iHv 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 30.09.2020 zu zahlen.

Â

Die Beklagte hat schriftsÃ¤tzlich beantragt,

Â

die Klage abzuweisen.

Â

Sie hat vorgetragen, die eingeklagte Forderung sei nicht fÃ¤llig geworden. Es fehle an einer einzelfallbezogenen (Kurz-)BegrÃ¼ndung als Teil der nach Â§Â 301 SGBÂ V zu Ã¼bermittelnden Daten. Auch Â§Â 417 SGBÂ V aF setze fÃ¤llige Rechnungen voraus, begrÃ¼nde aber nicht fÃ¼r sich genommen die FÃ¤lligkeit. Die Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung hat die Beklagte mit Nichtwissen bestritten.

Â

Das SG hat die Beklagte verurteilt, an die KlÃ¤gerin 1.361,64Â â¬ nebst Zinsen iHv 2 Prozentpunkten seit dem 30.09.2020 zu zahlen *(Gerichtsbescheid vom 08.03.2021)*. Die KlÃ¤gerin habe gegenÃ¼ber der Beklagten einen Anspruch auf Zahlung aufgrund der vollstationÃ¤ren Krankenhausbehandlung der Versicherten. GemÃ¤Ã Â§Â 417 SGBÂ V aF habe die Beklagte innerhalb von fÃ¼nf Tagen nach Rechnungseingang zu zahlen gehabt. Es lÃ¤gen auch keinerlei Anhaltspunkte vor, dass die Rechnung vom 24.09.2020 nicht fÃ¤llig geworden sei. In Â§Â 301 SGBÂ V sei nicht vorgesehen, dass das Krankenhaus die stationÃ¤re BehandlungsbedÃ¼rftigkeit begrÃ¼nde. Eine solche BegrÃ¼ndung sei nur in den FÃ¤llen erforderlich, in denen regelhaft eine ambulante Behandlung ausreichend sei. Vorliegend seien aus den Daten nach Â§Â 301 SGBÂ V keine Anhaltspunkte dafÃ¼r ersichtlich, dass die Behandlung der Versicherten regelhaft ambulant hÃ¤tte durchgefÃ¼hrt werden kÃ¶nnen. Die bei der Versicherten durchgefÃ¼hrte Prozedur sei nicht in dem Katalog ambulant durchfÃ¼hrbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gemÃ¤Ã Â§Â 115b SGBÂ V im Krankenhaus *(AOP-Katalog)* aufgefÃ¼hrt. Auch lÃ¤gen keine Anhaltspunkte fÃ¼r eine offenkundig zweifelhafte Abrechnung vor. Die FÃ¤lligkeit der Rechnung im Geltungsbereich des Â§Â 417 SGBÂ V aF dÃ¼rfe im vorliegenden Fall nicht an weitere Voraussetzungen geknÃ¼pft werden.

Â

Hiergegen hat die Beklagte am 19.04.2021 Berufung eingelegt.

Â

Zur BegrÃ¼ndung hat sie zunÃ¤chst ihr Klagevorbringen wiederholt und vertieft.

Â

WÃ¤hrend des Berufungsverfahrens hat die Beklagte, nachdem die KlÃ¤gerin *(mit Schriftsatz vom 07.09.2022)* zuvor weitere Einzelheiten zur stattgehabten Blockchemotherapie und insbesondere dem dabei eingesetzten Medikament vorgetragen hat, 1.361,64 â¬ nebst Zinsen ab 24.09.2022 an die KlÃ¤gerin gezahlt. â Rein vorsorglichâ hat die Beklagte mitgeteilt, dass die Zahlung ausdrÃ¼cklich kein Anerkenntnis der Klageforderung darstelle.

Â

Die Beteiligten haben den Rechtsstreit daraufhin hinsichtlich der Hauptforderung iHv 1.361,64Â â¬ sowie hinsichtlich des Zinsanspruchs fÃ¼r die Zeit ab dem 24.09.2022 Ã¼bereinstimmend fÃ¼r erledigt erklÃ¤rt. Die KlÃ¤gerin hat Ã¼berdies die Klage zurÃ¼ckgenommen, soweit diese den Zinsanspruch fÃ¼r den 30.09.2020 betraf.

Â

Die Beklagte beantragt nunmehr noch,

Â

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Duisburg vom 08.03.2021 aufzuheben, soweit die Beklagte darin zur Zahlung von Zinsen fÃ¼r die Zeit vom 01.10.2020 bis 23.09.2022 verurteilt worden ist.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

Â

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Sie hat ergÃ¤nzend vorgetragen, dass der vorliegend kodierte OPS 8-543.12 nicht im Einheitlichen BewertungsmaÃstab *(EBM)* gefÃ¼hrt werde. Auch sei anhand des OPS-Katalogs nicht zu erkennen, welche Chemotherapie konkret erbracht worden sei; dieser gebe nur vor, welche Chemotherapie-Protokolle kodiert wÃ¼rden. Im vorliegenden Fall sei eine Chemotherapie mit Vindesin und Cisplantin durchgefÃ¼hrt worden. Diese laufe Ã¼ber 24 h und wirke nephrotoxisch. Aus diesem Grund habe die Versicherte auch gewÃ¤ssert und hÃ¤tten die Nierenfunktionsparameter kontrolliert werden mÃ¼ssen. Die stationÃ¤re Behandlung sei demnach erforderlich gewesen. Die Schwere der Erkrankung und die IntensitÃ¤t der Behandlung hÃ¤tten sich schon aus den per DTA Ã¼bermittelten Daten ergeben. HÃ¤tte die Beklagte den Medizinischen Dienst *(MD)* hinzugezogen, dann hÃ¤tte dieser schon unter BerÃ¼cksichtigung der per DTA Ã¼bermittelten Informationen die Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Behandlung bestÃ¤tigt.

Â

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichts- sowie der Beiakten verwiesen. Diese sind Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen.

Â

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Â

Soweit die Beteiligten den Rechtsstreit Ã¼bereinstimmend fÃ¼r erledigt erklÃ¤rt haben, hat das Verfahren in der Hauptsache seine Erledigung gefunden. Der Senat hat insoweit allein noch Ã¼ber die Kosten des Verfahrens zu entscheiden *(*Â§Â 197a AbsÂ 1 SÂ 1 HsÂ 3 *Sozialgerichtsgesetz iVm* Â§Â 161 AbsÂ 2 SÂ 1 HsÂ 1 *Verwaltungsgerichtsordnung ; dazu unten)*.

Â

Ebenfalls erledigt ist der Rechtsstreit, soweit die KlÃ¤gerin ihre Klage in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Senat teilweise zurÃ¼ckgenommen hat *(* Â§Â 102 AbsÂ 1 SÂ 2 SGG*)*.

Â

Im Ãbrigen â dh wegen des Zinsanspruchs fÃ¼r die Zeit vom 01.10.2020 bis einschlieÃlich 23.09.2022 â ist die Berufung der Beklagten zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet.

Â

1. Der ZulÃ¤ssigkeit der Berufung steht insbesondere nicht entgegen, dass mit dem Zinsanspruch lediglich noch eine Nebenforderung streitbefangen ist, die zudem den Berufungsstreitwert von mehr als 750Â â¬ *(*Â§Â 144 AbsÂ 1 SÂ 1 NrÂ 1 SGG*)* nicht erreicht. MaÃgeblich ist insoweit der Zeitpunkt der Einlegung der Berufung. Sinkt der Streitwert im Berufungsverfahren unter die genannte Grenze, macht dies die Berufung nicht unzulÃ¤ssig *(Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13.Â Aufl 2020, Â§Â 144 RnÂ 19 mwN)*. Bedenken gegen die ZulÃ¤ssigkeit der ursprÃ¼nglichen Berufung bestehen schon angesichts des ursprÃ¼nglichen Berufungsstreitwerts *(iHv 1.361,64Â â¬)* nicht.

Â

2. Die Berufung ist aber unbegrÃ¼ndet. Das SG hat die Beklagte zu Recht zur Zahlung von Zinsen fÃ¼r die Zeit vom 01.10.2020 bis 23.09.2022 verurteilt.

Â

Rechtsgrundlage des Zinsanspruchs ist Â§Â 15 AbsÂ 1 SÂ 4 des Vertrages nach Â§Â 112 Abs 2 Nr 1 SGBÂ V â Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung â fÃ¼r Nordrhein-Westfalen. Danach kann das

Krankenhaus bei Ãberschreitung des Zahlungsziels nach MaÃgabe der Â§Â§Â 284, 285, 288 AbsÂ 1 des BÃ¼rgerlichen Gesetzbuchs *(BGB)* Verzugszinsen iHv 2Â vH Ã¼ber dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab dem auf den FÃ¤lligkeitstag folgenden Tag verlangen.

Â

Nach diesen MaÃstÃ¤ben war die VergÃ¼tungsforderung ab dem 01.10.2020 zu verzinsen. Dass der KlÃ¤gerin der geltend gemachte VergÃ¼tungsanspruch zukommt, ist auch zwischen den Beteiligten nicht (mehr) umstritten, nachdem die KlÃ¤gerin im Berufungsverfahren weitere Einzelheiten zu der durchgefÃ¼hrten Blockchemotherapie vorgetragen hat. Dementsprechend hat die Beklagte die Klageforderung in der Hauptsache beglichen. Entgegen der Auffassung der Beklagten fehlte es auch nicht an einer formell ordnungsgemÃ¤Ãen Abrechnung.

Â

a) Eine formal ordnungsgemÃ¤Ãe Abrechnung ist Grundvoraussetzung fÃ¼r die FÃ¤lligkeit eines entstandenen Anspruchs auf VergÃ¼tung von Krankenhausbehandlung eines Versicherten. Eine solche formal ordnungsgemÃ¤Ãe Abrechnung setzt eine ordnungsgemÃ¤Ãe Information der Krankenkasse Ã¼ber die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach MaÃgabe der Informationsobliegenheiten und ggf -pflichten voraus, insbesondere aus Â§Â 301 SGBÂ V sowie ggf ergÃ¤nzenden landesvertraglichen Bestimmungen *(BSG, Urteil vom 21.04.2015 â B 1 KR 10/15 R, amtl RnÂ 10)*. Zur hiernach gebotenen Information 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 des Versicherten hÃ¤tten geben kÃ¶nnen. Ohne solche Angaben darÃ¼ber, warum ausnahmsweise eine stationÃ¤re Behandlung erforderlich ist, fehlen Informationen Ã¼ber den âGrund der Aufnahmeâ und damit eine der zentralen Angaben, die eine Krankenkasse fÃ¼r die ordnungsgemÃ¤Ãe AbrechnungsprÃ¼fung benÃ¶tigt *(vgl Â§Â 301 AbsÂ 1 NrÂ 3 SGBÂ V)*. Lassen weder die Ã¼bermittelte Hauptdiagnose noch die OPS-Nummer den naheliegenden Schluss zu, dass die Behandlung stationÃ¤r erfolgen musste, hat das Krankenhaus von sich aus schon zur BegrÃ¼ndung der FÃ¤lligkeit der Forderung gegenÃ¼ber der Krankenkasse die erforderlichen ergÃ¤nzenden Angaben zu machen *(Zum Ganzen BSG, aaO RnÂ 11; Urteil vom 14.10.2014 â B 1 KR 27/13 R, amtl RnÂ 21; vgl auch bereits BSG, Urteil vom 16.05.2012 â B 3 KR 14/11 R, juris RnÂ 34; Urteil vom 21.03.2013 â B 3 KR 28/12 R, juris RnÂ 16)*.

Â

b) Die von der KlÃ¤gerin am 24.09.2020 Ã¼bermittelten Angaben genÃ¼gten den gesetzlichen Anforderungen. Es kann daher dahinstehen, ob Â§Â 301 AbsÂ 1 NrÂ 3 SGBÂ V auch dann ergÃ¤nzende Angaben zum âGrund der Aufnahmeâ verlangt, wenn nicht im Streit steht, ob eine regelhaft ambulante Leistung

ausnahmsweise stationÃ¤r erbracht wird, sondern ob Ã¼berhaupt eine regelhaft ambulante Behandlung vorliegt.

Â

aa) Â§Â 301 AbsÂ 1 SÂ 1 NrÂ 3 und 6 SGBÂ V verlangt lediglich, den Grund der Aufnahme bzw die Art der im oder vom jeweiligen Krankenhaus durchgefÃ¼hrten Operationen und sonstigen Prozeduren zu Ã¼bermitteln. Hintergrund ist die dreistufige AbrechnungsprÃ¼fung zwischen KrankenhÃ¤usern und -kassen *(dazu BSG, Urteil vom 27.11.2014 â□□ B 3 KR 7/13 R, amtl RnÂ 16; Urteil vom 13.11.2012 â□□ B 1 KR 14/12 R, amtl RnÂ 29; vgl auch bereits Senatsurteil vom 16.02.2022 â□□ L 10 KR 385/21 KH, juris RnÂ 57)*. Danach hat das Krankenhaus auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung zunÃ¤chst alle Angaben nach Â§Â 301 Abs 1 SGBÂ V zu machen, und zwar zutreffend und vollstÃ¤ndig. ErschlieÃ□en sich die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den â□□ medizinisch idR nicht besonders ausgebildeten â□□ Mitarbeitern der Krankenkasse aufgrund der gebotenen Angaben nach Â§Â 301 SGBÂ V oder eines etwaigen Kurzberichts nicht selbst, ist erst auf der zweiten Stufe ein PrÃ¼fverfahren nach Â§Â 275 AbsÂ 1 NrÂ 1 SGBÂ V einzuleiten *(vgl BSG, Urteil vom 13.11.2012, aaO)*. Fehlt es an einer ordnungsgemÃ¤Ã□en Rechnungsstellung und tritt damit FÃ¤lligkeit nicht ein, kommt die AbrechnungsprÃ¼fung aber nicht Ã¼ber die erste Stufe hinaus *(vgl BSG, Urteil vom 13.11.2012, aaO RnÂ 30Â f; Urteil vom 21.03.2013 â□□ B 3 KR 28/12 R, amtl RnÂ 13; jeweils zum Fristbeginn nach Â§Â 275 Abs 1c SÂ 2 SGBÂ V aF)*. Vor diesem Hintergrund geht allerdings der Hinweis der KlÃ¤gerin fehl, die Beklagte hÃ¤tte, hÃ¤tte sie den MD hinzugezogen, schon unter BerÃ¼cksichtigung der per DTA Ã¼bermittelten Informationen die Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Behandlung erkennen kÃ¶nnen. Denn die Einschaltung des MD auf zweiter und erst recht dritter Stufe setzt eine fÃ¤llige Abrechnung gerade voraus.

Â

bb) ErgÃ¤nzende Angaben zum Grund der Aufnahme sind grds nur dann erforderlich, wenn eine Behandlung normativ, dh durch Rechtsvorschriften, NormvertrÃ¤ge etc, dem ambulanten Bereich zugewiesen ist *(vgl dazu etwa BSG, Urteil vom 16.05.2012, aaO RnÂ 34, dort zu den ehem Richtlinien Ã¼ber die Bewertung Ã¤rztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemÃ¤Ã□ Â§Â 135 AbsÂ 1 SGBÂ V ; Urteil vom 21.03.2013, aaO RnÂ 21Â f, zum AOP-Katalog; Urteil vom 21.04.2015, aaO RnÂ 12, zur Applikation eines nicht in OPS-Kap 6-00 genannten Medikaments; Ã¤hnlich auch BSG, Urteil vom 17.09.2013 â□□ B 1 KR 51/12 R, juris RnÂ 26, dort zur str Auslegung oder Anwendung von Abrechnungsvorschriften)*. Die PrÃ¼fung derartiger normativer Voraussetzungen entspricht der Funktion der ersten Stufe der AbrechnungsprÃ¼fung, weil sie regelmÃ¤Ã□ig auch ohne besondere medizinische Ausbildung handhabbar ist. Eine vertiefte medizinische PrÃ¼fung losgelÃ¶st von einem normativen GerÃ¼st wÃ¼rde dagegen die erste Stufe Ã¼berfrachten, zumal die dort tÃ¤tigen Mitarbeiter der Krankenkassen idR eben Ã¼ber keine besondere medizinische Ausbildung verfÃ¼gen. Der Standard bzw das jeweilige Standardvorgehen muss sich fÃ¼r die Mitarbeiter der Krankenkasse anhand eindeutiger, klar festgelegter

Kriterien ergeben *(so bereits Senatsurteil vom 16.02.2022,* aaO *RnÂ 57)*. Die Hinzuziehung in Gestalt des MD ist dementsprechend erst auf zweiter und dritter Stufe vorgesehen.

Â

cc) Eine solche normative Zuweisung liegt hier aber nicht vor. Insbesondere ist die Blockchemotherapie iSd OPS 8-543 nach dem unbestrittenen Vorbringen der KlÃ¤gerin weder im AOP-Katalog noch im EBM gelistet. Weitere Regelwerke, aus denen sich eine normative Zuweisung ergeben kÃ¶nnte, sind weder vorgetragen noch anderweitig ersichtlich.

Â

dd) Inwieweit ergÃ¤nzende Angaben zum Grund der Aufnahme auch dann erforderlich sind, wenn es eine â generelle Tatsacheâ ist, dass die Behandlung nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst regelmÃ¤Ãig ambulant erbracht werden kann *(vgl zur extrakorporalen StoÃwellentherapie BSG, Urteil vom 14.10.2014,* aaO *RnÂ 16, 20; zum Begriff der generellen Tatsache Heinz in BeckOGK-SGG , Â§Â 163 RnÂ 21)*, und nach welchen MaÃstÃ¤ben dies ggf zu beurteilen ist, mag dahinstehen. Denn vorliegend ist weder streitig noch eine generelle Tatsache, dass die in Rede stehende Blockchemotherapie regelhaft ambulant zu erbringen wÃ¤re. Auch die Beteiligten sind sich iErg einig, dass die streitbefangene Blockchemotherapie stationÃ¤re Krankenhausbehandlung erforderte.

Â

Der hier einschlÃ¤gige OPS 8-543 erfasst eine derartige Vielzahl unterschiedlicher Blockchemotherapien, dass eine pauschale Einordnung aller abbildbaren Behandlungen ausscheidet. Die Beteiligten haben sich in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Senat dementsprechend Ã¼bereinstimmend dahingehend eingelassen, dass unter den abbildbaren Blockchemotherapien sowohl solche sind, die regelhaft ambulant erbringbar sind, aber auch solche, die stets stationÃ¤re Krankenhausbehandlung bedingen. Auch die fÃ¼nfstelligen Kodes differenzieren lediglich nach der Dauer des Chemotherapieblocks in Tagen und der Anzahl der applizierten Medikamente *(vorliegend OPS 8-543.12 = ein Tag, zwei Medikamente)*, eine weitere Differenzierung etwa nach der Art der eingesetzten Medikamente ist dagegen nicht abbildbar. Auch die Beklagte hat hierzu eingerÃ¤umt, dass es fÃ¼r die Frage der regelhaft ambulanten oder stationÃ¤ren Erbringbarkeit wesentlich auf die Art der eingesetzten Medikamente ankommen kann; nicht alle chemotherapeutischen Mittel seien nephrotoxisch. Hieraus ergibt sich, dass bei dem OPS 8-543 nicht generell von einer regelhaft ambulant erbringbaren Behandlung ausgegangen werden kann.

Â

Dass die vorliegend durchgefÃ¼hrte Behandlung in Form der Blockchemotherapie angesichts der eingesetzten Medikamente stationÃ¤r zu erbringen war, wird auch

von den Beteiligten (nicht) mehr in Zweifel gezogen.

Â

3. Die Kostenentscheidung beruht auf Â§Â 197a AbsÂ 1 SÂ 1 HsÂ 3 SGG iVm Â§Â§Â 161 AbsÂ 2 SÂ 1, 155 AbsÂ 1 SÂ 3 VwGO.

Â

a) Soweit Ã¼ber die Zinsforderung noch streitig zu entscheiden war, hat die Beklagte die Kosten zu tragen. Dies folgt jedenfalls aus Â§Â 154 AbsÂ 2 VwGO.

Â

b) Nichts anderes gilt iErg hinsichtlich der Zinsforderung fÃ¼r den 30.09.2020. Zwar hat die KlÃ¤gerin insoweit ihre Klage zurÃ¼ckgenommen. Von der Kostenfolge des Â§Â 155 AbsÂ 2 VwGO hat der Senat hier aber gemÃ¤Ã Â§Â 155 AbsÂ 1 SÂ 3 VwGO eine Ausnahme gemacht. Danach kÃ¶nnen einem Beteiligten die Kosten ganz auferlegt werden, wenn der andere nur zu einem geringen Teil unterlegen ist. Dies ist hier der Fall, weil die KlÃ¤gerin lediglich in Bezug auf die Zinsen als Nebenforderung zur ursprÃ¼nglichen Hauptforderung *(vgl dazu Â§Â 43 AbsÂ 1 Gerichtskostengesetz)* und insoweit auch bloÃ fÃ¼r einen einzelnen Tag unterlegen ist *(zur Anwendbarkeit des Â§Â 155 AbsÂ 1 SÂ 3 VwGO bei TeilrÃ¼cknahmen vgl Neumann/Schaks in Sodan/Ziekow, VwGO, 5.Â Aufl 2018, Â§Â 155 RnÂ 12)*.

Â

c) Soweit die Beteiligten den Rechtsstreit Ã¼bereinstimmend fÃ¼r erledigt erklÃ¤rt haben, hat der Senat gemÃ¤Ã Â§Â 161 AbsÂ 2 SÂ 1 VwGO nach billigem Ermessen Ã¼ber die Kosten des Verfahrens entschieden *(HsÂ 1; zur Entscheidung im Urteil statt durch Beschluss bei nur teilweiser Erledigung BVerwG, Beschluss vom 07.08.1998 â 4 B 75/98, juris RnÂ 2)*; der bisherige Sach- und Streitstand ist zu berÃ¼cksichtigen *(HsÂ 2)*. Vorliegend entspricht es der Billigkeit, der Beklagten die Kosten in beiden RechtszÃ¼gen aufzuerlegen, weil die Klage zulÃ¤ssig und begrÃ¼ndet war. Insbesondere war die Rechnung aus den oben *(unter 2)* ausgefÃ¼hrten GrÃ¼nden auch fÃ¤llig. Dies gilt fÃ¼r Haupt- ebenso wie fÃ¼r die Zinsforderung. Die Beklagte kann insoweit auch nicht mit Erfolg geltend machen, sie habe die Klageforderung unmittelbar beglichen, nachdem die KlÃ¤gerin im Berufungsverfahren weitere Einzelheiten zu der streitbefangenen Blockchemotherapie vorgetragen hat, denn die Rechnung war â wie aufgefÃ¼hrt â von Anfang an fÃ¤llig. Auf Â§Â 156 VwGO kommt es vor diesem Hintergrund nicht an. UnabhÃ¤ngig davon, wÃ¤re dieser ohnehin nicht einschlÃ¤gig, weil die Beklagte ausdrÃ¼cklich gerade kein Anerkenntnis abgegeben hat.

Â

4. Die Streitwertfestsetzung folgt aus Â§Â 197a AbsÂ 1 SÂ 1 HsÂ 1 SGG iVm

Â§Â§Â 63 AbsÂ 2 SÂ 1, 52 AbsÂ 1, 47 AbsÂ 1 SÂ 1 GKG.

Â

5. Die Revision hat der Senat gemÃ¤Ã Â§Â 160 AbsÂ 2 NrÂ 1 SGG zugelassen. Die Rechtsfrage, unter welchen Voraussetzungen von einer â regelhaft ambulant erbringbarenâ Behandlung auszugehen ist, zu der das Krankenhaus der Krankenkasse gemÃ¤Ã Â§Â 301 AbsÂ 1 SÂ 1 NrÂ 3 SGBÂ V weitere Angaben zum Grund der Aufnahme zu Ã¼bermitteln hat, ist von grundsÃ¤tzlicher Bedeutung.

Â

Erstellt am: 28.08.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024