
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 zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 1.361,64 € festgesetzt.

Ä

Tatbestand:

Ä

Ä

Die Beteiligten streiten über noch über die Verzinsung einer

Krankenhausabrechnung, insbesondere darüber, wann diese fällig geworden ist.

Â

Die Klägerin 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: *BÄ¶sartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet*) stationär mit einer Chemotherapie. Hierfür berechnete die Klägerin der Beklagten, bei der die Patientin gegen Krankheit versichert war, insgesamt 1.361,64â€ (Datenträgeraustausch vom 24.09.2020). Dabei kodierte sie ua den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-543.12 (*Mittelgradig komplexe und intensive Chemotherapie; ein Tag, zwei Medikamente*). Die Beklagte teilte der Klägerin hierauf mit, dass der Fall ambulant abzurechnen sei. Es handle sich um die vollstationäre Abrechnung einer ambulant erbringbaren Leistung. Gründe für die stationäre Durchführung lägen der Beklagten nicht vor. Die Rechnung beglich die Beklagte nicht.*

Â

Die Klägerin hat daraufhin am einen 20.12.2020 Klage zum Sozialgericht (SG) Duisburg erhoben.

Â

Sie hat vorgetragen, die Beklagte sei nach einer ordnungsgemäß ermittelten Krankenhausrechnung verpflichtet, die vollständigen Behandlungskosten zu zahlen; die Zahlungsfrist habe nach [Â§Â 417 SGB V](#) (*idF des COVID-19-Entlastungsgesetzes vom 27.03.2020, [BGBl I 580](#); fortan: alte Fassung*) fünf Tage nach Rechnungseingang betragen.

Â

Die Klägerin hat schriftsätzlich beantragt,

Â

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

Â

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

Â

die Klage abzuweisen.

Â

Sie hat vorgetragen, die eingeklagte Forderung sei nicht fällig geworden. Es fehle an einer einzelfallbezogenen (Kurz-)Begründung als Teil der nach [Â§ 301 SGB V](#) zu übermittelnden Daten. Auch [Â§ 417 SGB V](#) aF setze fällige Rechnungen voraus, begründe aber nicht für sich genommen die Fälligkeit. Die Erforderlichkeit der stationären Krankenhausbehandlung hat die Beklagte mit Nichtwissen bestritten.

Â

Das SG hat die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.361,64 € – nebst Zinsen iHv 2 Prozentpunkten seit dem 30.09.2020 zu zahlen (*Gerichtsbescheid vom 08.03.2021*). Die Klägerin habe gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Zahlung aufgrund der vollstationären Krankenhausbehandlung der Versicherten. Gemäß [Â§ 417 SGB V](#) aF habe die Beklagte innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu zahlen gehabt. Es lägen auch keinerlei Anhaltspunkte vor, dass die Rechnung vom 24.09.2020 nicht fällig geworden sei. In [Â§ 301 SGB V](#) sei nicht vorgesehen, dass das Krankenhaus die stationäre Behandlungsbedürftigkeit begründe. Eine solche Begründung sei nur in den Fällen erforderlich, in denen regelhaft eine ambulante Behandlung ausreichend sei. Vorliegend seien aus den Daten nach [Â§ 301 SGB V](#) keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die Behandlung der Versicherten regelhaft ambulant hätte durchgeführt werden können. Die bei der Versicherten durchgeführte Prozedur sei nicht in dem Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärsersetzender Eingriffe gemäß [Â§ 115b SGB V](#) im Krankenhaus (*AOP-Katalog*) aufgeführt. Auch lägen keine Anhaltspunkte für eine offenkundig zweifelhafte Abrechnung vor. Die Fälligkeit der Rechnung im Geltungsbereich des [Â§ 417 SGB V](#) aF dürfe im vorliegenden Fall nicht an weitere Voraussetzungen geknüpft werden.

Â

Hiergegen hat die Beklagte am 19.04.2021 Berufung eingelegt.

Â

Zur Begründung hat sie zunächst ihr Klagevorbringen wiederholt und vertieft.

Â

Während des Berufungsverfahrens hat die Beklagte, nachdem die Klägerin (*mit Schriftsatz vom 07.09.2022*) zuvor weitere Einzelheiten zur stattgehabten Blockchemotherapie und insbesondere dem dabei eingesetzten Medikament vorgetragen hat, 1.361,64 € – nebst Zinsen ab 24.09.2022 an die Klägerin gezahlt. – Rein vorsorglich – hat die Beklagte mitgeteilt, dass die Zahlung ausdrücklich kein Anerkenntnis der Klageforderung darstelle.

Â

Die Beteiligten haben den Rechtsstreit daraufhin hinsichtlich der Hauptforderung iHv 1.361,64 € sowie hinsichtlich des Zinsanspruchs für die Zeit ab dem 24.09.2022 übereinstimmend für erledigt erklärt. Die Klägerin hat überdies die Klage zurückgenommen, soweit diese den Zinsanspruch für 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 für die Zeit vom 01.10.2020 bis 23.09.2022 verurteilt worden ist.

Â

Die Klägerin beantragt,

Â

die Berufung zurückzuweisen.

Â

Sie hat ergänzend vorgetragen, dass der vorliegend kodierte OPS 8-543.12 nicht im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geführt werde. Auch sei anhand des OPS-Katalogs nicht zu erkennen, welche Chemotherapie konkret erbracht worden sei; dieser gebe nur vor, welche Chemotherapie-Protokolle kodiert würden. Im vorliegenden Fall sei eine Chemotherapie mit Vindesin und Cisplatin durchgeführt worden. Diese laufe über 24 h und wirke nephrotoxisch. Aus diesem Grund habe die Versicherte auch gewässert und hätten die Nierenfunktionsparameter kontrolliert werden müssen. Die stationäre Behandlung sei demnach erforderlich gewesen. Die Schwere der Erkrankung und die Intensität der Behandlung hätten sich schon aus den per DTA ermittelten Daten ergeben. Hätte die Beklagte den Medizinischen Dienst (MD) hinzugezogen, dann hätte dieser schon unter Berücksichtigung der per DTA ermittelten Informationen die Erforderlichkeit der stationären Behandlung bestätigt.

Â

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

Â

Â

Entscheidungsgründe:

Â

Soweit die Beteiligten den Rechtsstreit übereinstimmend für erledigt erklärt haben, hat das Verfahren in der Hauptsache seine Erledigung gefunden. Der Senat hat insoweit allein noch über die Kosten des Verfahrens zu entscheiden ([Â§ 197a Abs 1 S 1 Hs 3 Sozialgerichtsgesetz iVm Â§ 161 Abs 2 S 1 Hs 1 Verwaltungsgerichtsordnung ; dazu unten](#)).

Â

Ebenfalls erledigt ist der Rechtsstreit, soweit die Klägerin ihre Klage in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat teilweise zurückgenommen hat ([Â§ 102 Abs 1 S 2 SGG](#)).

Â

Im Übrigen ist wegen des Zinsanspruchs für die Zeit vom 01.10.2020 bis einschließlich 23.09.2022 ist die Berufung der Beklagten zulässig, aber unbegründet.

Â

1. Der Zulässigkeit der Berufung steht insbesondere nicht entgegen, dass mit dem Zinsanspruch lediglich noch eine Nebenforderung streitbefangen ist, die zudem den Berufungsstreitwert von mehr als 750 € ([Â§ 144 Abs 1 S 1 Nr 1 SGG](#)) nicht erreicht. Maßgeblich ist insoweit der Zeitpunkt der Einlegung der Berufung. Sinkt der Streitwert im Berufungsverfahren unter die genannte Grenze, macht dies die Berufung nicht unzulässig (*Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl 2020, Â§ 144 Rn 19 mwN*). Bedenken gegen die Zulässigkeit der ursprünglichen Berufung bestehen schon angesichts des ursprünglichen Berufungsstreitwerts (iHv 1.361,64 €) nicht.

Â

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

Â

Rechtsgrundlage des Zinsanspruchs ist Â§ 15 Abs 1 S 4 des Vertrages nach [Â§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung für Nordrhein-Westfalen. Danach kann das

Krankenhaus bei Überschreitung des Zahlungsziels nach Maßgabe der [ÄSÄ 284, 285, 288 Abs 1](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) Verzugszinsen iHv 2% vH über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen.

Ä

Nach diesen Maßstäben war die Vergütungsforderung ab dem 01.10.2020 zu verzinsen. Dass der Klägerin der geltend gemachte Vergütungsanspruch zukommt, ist auch zwischen den Beteiligten nicht (mehr) umstritten, nachdem die Klägerin im Berufungsverfahren weitere Einzelheiten zu der durchgeführten 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 ordnungsgemäßen Abrechnung.

Ä

a) Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung ist Grundvoraussetzung für die Fälligkeit eines entstandenen Anspruchs auf Vergütung von Krankenhausbehandlung eines Versicherten. Eine solche formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und ggf -pflichten voraus, insbesondere aus [ÄSÄ 301 SGBÄ V](#) sowie ggf ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen (BSG, Urteil vom 21.04.2015 â [B 1 KR 10/15 R](#), aml Rn 10). Zur hiernach gebotenen Information geht es um, dass das Krankenhaus in Fällen, in denen regelhaft ambulante Behandlung ausreichend ist, nicht nur eine Aufnahmediagnose benennt, die ärztliche Behandlung rechtfertigen kann, sondern Angaben zu Begleiterkrankungen oder zu sonstigen Gründen macht, die Anlass für die stationäre Versorgung des Versicherten hätten geben können. Ohne solche Angaben darüber, warum ausnahmsweise eine stationäre Behandlung erforderlich ist, fehlen Informationen über den Grund der Aufnahme und damit eine der zentralen Angaben, die eine Krankenkasse für die ordnungsgemäße Abrechnungsprüfung benötigt (vgl [ÄSÄ 301 Abs 1 Nr 3 SGBÄ V](#)). Lassen weder die übermittelte Hauptdiagnose noch die OPS-Nummer den naheliegenden Schluss zu, dass die Behandlung stationär erfolgen musste, hat das Krankenhaus von sich aus schon zur Begründung der Fälligkeit der Forderung gegenüber der Krankenkasse die erforderlichen ergänzenden Angaben zu machen (Zum Ganzen BSG, aaO Rn 11; Urteil vom 14.10.2014 â [B 1 KR 27/13 R](#), aml Rn 21; vgl auch bereits BSG, Urteil vom 16.05.2012 â [B 3 KR 14/11 R](#), juris Rn 34; Urteil vom 21.03.2013 â [B 3 KR 28/12 R](#), juris Rn 16).

Ä

b) Die von der Klägerin am 24.09.2020 übermittelten Angaben genügen den gesetzlichen Anforderungen. Es kann daher dahinstehen, ob [ÄSÄ 301 Abs 1 Nr 3 SGBÄ V](#) auch dann ergänzende Angaben zum Grund der Aufnahme verlangt, wenn nicht im Streit steht, ob eine regelhaft ambulante Leistung

ausnahmsweise stationär erbracht wird, sondern ob überhaupt eine regelhaft ambulante Behandlung vorliegt.

Ä

aa) [ÄSÄ 301 AbsÄ 1 SÄ 1 NrÄ 3](#) und 6 SGBÄ V verlangt lediglich, den Grund der Aufnahme bzw die Art der im oder vom jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren zu ermitteln. Hintergrund ist die dreistufige Abrechnungsprüfung zwischen Krankenhäusern und -kassen (dazu BSG, Urteil vom 27.11.2014 [â B 3 KR 7/13 R](#), *amtl RnÄ 16*; Urteil vom 13.11.2012 [â B 1 KR 14/12 R](#), *amtl RnÄ 29*; vgl auch bereits Senatsurteil vom 16.02.2022 [â L 10 KR 385/21 KH](#), *juris RnÄ 57*). Danach hat das Krankenhaus auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung zunächst alle Angaben nach [ÄSÄ 301 Abs 1 SGBÄ V](#) zu machen, und zwar zutreffend und vollständig. Erschließen sich die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den â medizinisch idR nicht besonders ausgebildeten â Mitarbeitern der Krankenkasse aufgrund der gebotenen Angaben nach ÄSÄ 301 SGBÄ V oder eines etwaigen Kurzberichts nicht selbst, ist erst auf der zweiten Stufe ein Prüfverfahren nach [ÄSÄ 275 AbsÄ 1 NrÄ 1 SGBÄ V](#) einzuleiten (vgl BSG, Urteil vom 13.11.2012, [aaO](#)). Fehlt es an einer ordnungsgemäßen Rechnungsstellung und tritt damit Fälligkeit nicht ein, kommt die Abrechnungsprüfung aber nicht über die erste Stufe hinaus (vgl BSG, Urteil vom 13.11.2012, [aaO RnÄ 30Ä f](#); Urteil vom 21.03.2013 [â B 3 KR 28/12 R](#), *amtl RnÄ 13*; jeweils zum Fristbeginn nach [ÄSÄ 275 Abs 1c SÄ 2 SGBÄ V aF](#)). Vor diesem Hintergrund geht allerdings der Hinweis der Klägerin fehl, die Beklagte hätte, hätte sie den MD hinzugezogen, schon unter Berücksichtigung der per DTA ermittelten Informationen die Erforderlichkeit der stationären Behandlung erkennen können. Denn die Einschaltung des MD auf zweiter und erst recht dritter Stufe setzt eine fällige Abrechnung gerade voraus.

Ä

bb) Ergänzende Angaben zum Grund der Aufnahme sind grds nur dann erforderlich, wenn eine Behandlung normativ, dh durch Rechtsvorschriften, Normverträge etc, dem ambulanten Bereich zugewiesen ist (vgl dazu etwa BSG, Urteil vom 16.05.2012, [aaO RnÄ 34](#), dort zu den ehem Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß [ÄSÄ 135 AbsÄ 1 SGBÄ V](#) ; Urteil vom 21.03.2013, [aaO RnÄ 21Ä f](#), zum AOP-Katalog; Urteil vom 21.04.2015, [aaO RnÄ 12](#), zur Applikation eines nicht in OPS-Kap 6-00 genannten Medikaments; ähnlich auch BSG, Urteil vom 17.09.2013 [â B 1 KR 51/12 R](#), *juris RnÄ 26*, dort zur str Auslegung oder Anwendung von Abrechnungsvorschriften). Die Prüfung derartiger normativer Voraussetzungen entspricht der Funktion der ersten Stufe der Abrechnungsprüfung, weil sie regelmäßig auch ohne besondere medizinische Ausbildung handhabbar ist. Eine vertiefte medizinische Prüfung losgelöst von einem normativen Gerüst würde dagegen die erste Stufe überfrachten, zumal die dort tätigen Mitarbeiter der Krankenkassen idR eben über keine besondere medizinische Ausbildung verfügen. Der Standard bzw das jeweilige Standardvorgehen muss sich für 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 KlÄngerin weder im AOP-Katalog noch im EBM gelistet. Weitere Regelwerke, aus denen sich eine normative Zuweisung ergeben kÄnnte, sind weder vorgetragen noch anderweitig ersichtlich.

Â

dd) Inwieweit ergÄnzende Angaben zum Grund der Aufnahme auch dann erforderlich sind, wenn es eine âgenerelle Tatsacheâ ist, dass die Behandlung nach den Regeln der Ärztlichen Kunst regelmÄÙig ambulant erbracht werden kann (vgl zur extrakorporalen StoÙwellentherapie 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 MaÙstÄben 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 wÄre. Auch die Beteiligten sind sich iErg einig, dass die streitbefangene Blockchemotherapie stationÄre Krankenhausbehandlung erforderte.

Â

Der hier einschlägige OPS 8-543 erfasst eine derartige Vielzahl unterschiedlicher Blockchemotherapien, dass eine pauschale Einordnung aller abbildbaren Behandlungen ausscheidet. Die Beteiligten haben sich in der mÄndlichen Verhandlung vor dem Senat dementsprechend Äbereinstimmend dahingehend eingelassen, dass unter den abbildbaren Blockchemotherapien sowohl solche sind, die regelhaft ambulant erbringbar sind, aber auch solche, die stets stationÄre Krankenhausbehandlung bedingen. Auch die fÄnstelligen Codes 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 eingerÄumt, dass es fÄr die Frage der regelhaft ambulanten oder stationÄren 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 durchgefÄhrte Behandlung in Form der Blockchemotherapie angesichts der eingesetzten Medikamente stationÄr 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 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 ausgefÃ¼hrt 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

[§ 63 Abs 2 S 1](#), [52 Abs 1](#), [47 Abs 1 S 1 GKG](#).

Ä

5. Die Revision hat der Senat gemäß [§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG](#) zugelassen. Die Rechtsfrage, unter welchen Voraussetzungen von einer [§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG](#) regelmäßig ambulant erbringbaren [§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG](#) Behandlung auszugehen ist, zu der das Krankenhaus der Krankenkasse gemäß [§ 301 Abs 1 S 1 Nr 3 SGB V](#) weitere Angaben zum Grund der Aufnahme zu $\frac{1}{4}$ bermitteln hat, ist von grundsätzlicher Bedeutung.

Ä

Erstellt am: 28.08.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024