S 25 KR 1284/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	-
Abteilung	-
Kategorie	-
Bemerkung	Zulässigkeit der Forderung des Krankenhauses nach einer Vorabprüfung durch die Krankenkasse bei einer stationären Krankenhausbehandlung
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Abrechnungsverhältnis, begründete Zweifel, Entscheidungszuständigkeit, Erforderlichkeit stationärer Krankenhausbehandlung, Kostenübernahmeerklärung, Krankenhausbehandlung, negative Feststellungsklage, Vorabprüfung
Leitsätze	1. Die Veranlassung einer Vorabklärung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch den Versicherten greift jedenfalls in Fällen planbarer Behandlungen, die nicht in der Regel der besonderen Mittel des Krankenhauses bedürfen, nicht in geschützte Rechtspositionen der (beklagten) Krankenkasse ein, wenn seitens des Leistungserbringers begründete Zweifel an der Erforderlichkeit der geplanten stationären Krankenhausbehandlung bestehen. 2. Weder § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V, noch § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V stehen in diesen Fällen einer Vorabprüfung durch die Krankenkasse entgegen. 3. Liegt im Versichertenverhältnis eine wirksame Bewilligungsentscheidung der Krankenkasse vor, muss das Krankenhaus

	auch im Abrechnungsverhältnis auf den Inhalt der Genehmigung vertrauen dürfen und kann sich die Krankenkasse nicht darauf berufen, die materiell-rechtlichen Voraussetzungen für die Erbringung der Sachleistung hätten nicht vorgelegen (BSG, Urteil vom 20.03.2013 – B 6 KA 27/12 R – juris Rn. 28).
Normenkette	§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V, § 12 Abs. 1 SGB V, § 2 Abs. 1a SGB V, § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V

1. Instanz

Aktenzeichen	S 25 KR 1284/19
Datum	26.06.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 238/19
Datum	17.05.2023

3. Instanz

Datum	-

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 26. Juni 2019 wird zurÃ¼ckgewiesen.
2. Die Beklagte trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.
3. Die Revision wird zugelassen.

Â

Â

Â

Tatbestand

Â

Streitig ist, ob die KlÃ¤gerin die stationÃ¤re Aufnahme von Versicherten der Beklagten, die zur stationÃ¤ren Schmerzbehandlung in das Krankenhaus der KlÃ¤gerin eingewiesen werden, von der Vorlage einer ErklÃ¤rung der Beklagten abhÃ¤ngig machen darf, dass sie die stationÃ¤re

KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit anerkenne.

Â

Die KlÃ¤gerin betreibt ein in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommenes Krankenhaus (Teil II; KH-Nr. 234; Hauptabteilung: Chirurgie). In dem auf orthopÃ¤dische Krankheitsbilder spezialisierten Krankenhaus entfallen nach eigenen Angaben der KlÃ¤gerin rund 10 % der durchgefÃ¼hrten und abgerechneten BehandlungsfÃ¤lle auf stationÃ¤re Schmerzbehandlungen, insbesondere auf die multimodale Schmerztherapie im Sinne des Operationen- und ProzedurenschlÃ¼ssels (OPS) 8-918, abzurechnen nach den Fallpauschalen (DRG) I42A und I42B, sowie auf nichtoperative Interventionen bei Erkrankungen und Verletzungen im WirbelsÃ¤ulenbereich im Sinne des OPS 8-910, abzurechnen nach DRG I68D.

Â

In nahezu allen stationÃ¤ren Behandlungen in diesem Bereich lÃ¤sst die Beklagte nach Abschluss der Behandlung und Rechnungslegung den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) die stationÃ¤re KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit prÃ¼fen (sog. primÃ¤re FehlbelegungsprÃ¼fung). In zahlreichen FÃ¤llen hat die Beklagte im Ergebnis dieser PrÃ¼fung eine VergÃ¼tung der stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung in voller HÃ¶he abgelehnt und AnsprÃ¼che auf Erstattung bereits ausgezahlter VergÃ¼tungen gegen unbestrittene VergÃ¼tungsforderungen der KlÃ¤gerin aufgerechnet.

Â

Die KlÃ¤gerin ging daraufhin dazu Ã¼ber, sich von den zur stationÃ¤ren Schmerztherapie Ã¼berwiesenen Versicherten der Beklagten eine formularmÃ¤Ãige ErklÃ¤rung Ã¼ber die Anerkennung der stationÃ¤ren KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit vorlegen zu lassen. In den Anschreiben an die Versicherten heiÃt es dazu:

Â

â*Ihre geplante stationÃ¤re Schmerztherapie*

Sehr geehrte/r â¦,

durch Ihren Arzt wurden sie zur stationÃ¤ren Behandlung in das OrthopÃ¤dische Zentrum Xâ¦.-Haus Yâ¦. gGmbH eingewiesen.

Â

Hiermit bestÃ¤tigen wir Ihnen den Eingang Ihrer Einweisung (Verordnung von Krankenhausbehandlung).

Â

Bitte haben Sie dafÃ¼r VerstÃ¤ndnis, dass wir Ihnen heute noch keinen verbindlichen Termin fÃ¼r ihre stationÃ¤re Krankenhausbehandlung mitteilen kÃ¶nnen. In der jÃ¼ngeren Vergangenheit kam es zu massiven Auseinandersetzungen zwischen unserem Haus und gesetzlichen Krankenkassen, da vermehrt von Seiten der Krankenkassen angezweifelt wurde, dass die Schmerztherapie tatsÃ¤chlich stationÃ¤r erfolgen mÃ¼sse. Sie werden verstehen, dass wir die mit einer nachtrÃ¤glichen PrÃ¼fung der Notwendigkeit einer stationÃ¤ren Behandlung verbundenen Risiken nicht eingehen kÃ¶nnen, da die Krankenkassen dann die von uns erbrachten Leistungen gar nicht bezahlen und uns nur sehr eingeschrÃ¤nkte MÃ¶glichkeiten zur VerfÃ¼gung stehen, die fÃ¼r den Betrieb unseres Krankenhauses erforderlichen Entgelte auch tatsÃ¤chlich zu erhalten.

Â

Nachdem es sich vorliegend nicht um eine Notfallbehandlung handelt, mÃ¼ssen wir zur Vermeidung spÃ¤terer Auseinandersetzungen mit Ihrem Krankenversicherer darauf bestehen, dass uns bereits vor DurchfÃ¼hrung der stationÃ¤ren Behandlung eine schriftliche KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung Ihrer Krankenversicherung vorgelegt wird, mit der diese erklÃ¤rt, dass gegen die medizinische Notwendigkeit der vollstationÃ¤ren Behandlung in Ihrem Fall keine EinwÃ¤nde erhoben werden. Einen entsprechenden Vordruck fÃ¼r eine von der Krankenkasse abzugebende ErklÃ¤rung fÃ¼gen wir in der Anlage bei.

Â

Bitte wenden Sie sich damit umgehend an Ihre Krankenkasse. Eine Kopie Ihrer Krankenhauseinweisung legen wir dafÃ¼r als Anlage bei.â□□

Â

Die in der Anlage zum Schreiben beigefÃ¼gte ErklÃ¤rung hatte folgenden Wortlaut:

Â

â□□ErklÃ¤rung
Â

Hiermit wird bestÃ¤tigt, dass der Patient/die Patientin: â□¦

Â

KV-Nr.: â□¦

Â

bei uns gesetzlich krankenversichert ist und von unserer Seite keine EinwÃ¤nde gegen die medizinische Notwendigkeit einer vollstationÃ¤ren Behandlung des/der vorstehend genannten Patienten/Patientin im Rahmen der mit der Verordnung von Krankenhausbehandlung vom â¦ durch den/die niedergelassene(n) Arzt/Ãrztin â¦.

Ã¤rztlich verordneten stationÃ¤ren Schmerztherapie erhoben werden.

Â

Mit dieser ErklÃ¤rung sind keine Zusagen Ã¼ber die Anerkennung der medizinischen Notwendigkeit einer vollstationÃ¤ren Behandlung hinausgehenden prÃ¤judizierenden ErklÃ¤rungen der Krankenkasse abgegeben.â

Â

In einigen FÃ¤llen gab die Beklagte gegenÃ¼ber ihren Versicherten eine entsprechende ErklÃ¤rung â unter Verwendung des Vordrucks der KlÃ¤gerin oder eines eigens formulierten Schreibens â ab. In zahlreichen anderen FÃ¤llen lehnte sie dies jedoch unter gleichzeitigem Hinweis auf die fÃ¼r Versicherte als Sachleistung kostenfrei zu erbringende Krankenhausbehandlung ab.

Â

Parallel forderte die Beklagte mit Schreiben vom 15.03.2017 die KlÃ¤gerin auf, es ab sofort zu unterlassen, ihren Versicherten vor der stationÃ¤ren Aufnahme vorgefertigte KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rungen im Hinblick auf konkrete diagnostische oder therapeutische MaÃnahmen auszuhÃ¤ndigen, sowie es zu unterlassen, ihren Versicherten gegenÃ¼ber vergÃ¼tungsrechtliche Auseinandersetzungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse zu thematisieren. Das Verhalten sei rechtswidrig. Die Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfordere keine vorherige auf eine konkret zu erbringende medizinische Leistung bezogene KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung der Krankenkasse. Als zugelassene Leistungserbringerin sei die KlÃ¤gerin im Rahmen ihres Versorgungsauftrages gemÃ¤Ã Â§Â 109 Abs. 4 Satz 2 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet, Versicherte ohne vorherige KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung der Krankenkasse bei medizinischer Notwendigkeit stationÃ¤r aufzunehmen, wenn eine MitgliedsbestÃ¤tigung der Krankenkassen gemÃ¤Ã Â§Â 4 Abs. 3 der im Freistaat Sachsen geltenden Vereinbarung nach Â§Â 112 Abs.Â 2 SGB V zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (nachfolgend: Landesvertrag) vorliege. Zu den Nebenpflichten des VerhÃ¤ltnisses zwischen KrankenhÃ¤usern und Krankenkasse gehÃ¶re es auch, alles zu unterlassen, was den Vertragszweck oder Leistungserfolg gefÃ¤hrden oder die Vertragspartner schÃ¤digen kÃ¶nne. Zur PrÃ¼fung der medizinischen Notwendigkeit stationÃ¤rer Krankenhausbehandlung sei die KlÃ¤gerin verpflichtet. Die ÃuÃerungen der KlÃ¤gerin seien geeignet, bei den Versicherten die BefÃ¼rchtung hervorzurufen, sie mÃ¼ssten gegebenenfalls selbst die Kosten der Behandlung tragen. Versicherte seien aus Abrechnungsstreitigkeiten grundsÃ¤tzlich herauszuhalten. Die Aussagen seien zudem geeignet, den Eindruck

zu erwecken, die Beklagte verhalte sich willkÃ¼rlich.

Â

Am 31.03.2017 hat die KlÃ¤gerin vor dem Sozialgericht (SG) Dresden Klage auf Feststellung erhoben, von zur stationÃ¤ren Schmerzbehandlung in ihr Krankenhaus eingewiesenen chronischen Schmerzpatienten vor der Aufnahme eine ErklÃ¤rung der Beklagten Ã¼ber die Anerkennung der stationÃ¤ren Behandlungsnotwendigkeit verlangen zu kÃ¶nnen. Zugleich hat sie eine entsprechende Feststellung im Wege des Eilrechtsschutzes beantragt. WÃ¤hrend das SG dem Eilantrag mit Beschluss vom 29.09.2017 â S 25 KR 317/17 ER â stattgegeben hat, hat das SÃ¤chsische Landessozialgericht (LSG) mit Beschluss vom 26.02.2019 â L 9 KR 691/17 B ER â auf die Beschwerde der Beklagten den Beschluss des SG vom 29.09.2017 aufgehoben und den Eilantrag abgelehnt. Das Vorgehen der Beklagten, die Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Aufnahme erst nach Abschluss der Behandlung und Rechnungslegung seitens des Krankenhauses zu prÃ¼fen, verstoÃe nicht gegen die vergÃ¼tungsrechtlichen Vorgaben und das darin zum Ausdruck kommende Regel-Ausnahme-VerhÃ¤ltnis. Demzufolge seien hohe Anforderungen an das Vorliegen einer besonderen EilbedÃ¼rftigkeit zu stellen, die nicht erfÃ¼llt seien.

Â

Im Klageverfahren hat die KlÃ¤gerin vorgebracht, gerade bei chronischen Schmerzpatienten sei die Entscheidung Ã¼ber die Notwendigkeit stationÃ¤rer Krankenhausbehandlung schwierig. Sie hÃ¤nge von zahlreichen individuellen Faktoren der Patienten ab und kÃ¶nne im Nachhinein durch SachverstÃ¤ndige â sei es des MDK oder gerichtlich beauftragte Ãrzte â nur unzureichend Ã¼berprÃ¼ft werden. Dies liege zum einen daran, dass es zur Behandlung chronischer Schmerzpatienten keine festgelegten Behandlungspfade gebe, vielmehr immer wieder ein Paradigmenwechsel zu verzeichnen sei, und zum anderen daran, dass die im Rahmen der nachtrÃ¤glichen PrÃ¼fung/Begutachtung geforderte Dokumentation regelmÃ¤Ãig nicht in ausreichender Weise erstellt werden kÃ¶nne, da sowohl fÃ¼r die Behandlung als auch fÃ¼r die Begutachtung ein âeinheitliches Schemaâ bzw. âharte Kriterienâ fehlten. Mittlerweile seien zwischen ihr und der Beklagten eine Vielzahl von Rechtsstreitigkeiten zur Frage der stationÃ¤ren Behandlungsnotwendigkeit von chronischen Schmerzpatienten anhÃ¤ngig. Daher habe sie â die KlÃ¤gerin â sich entschlossen, von diesen Patienten vor der Krankenhausaufnahme zu verlangen, sich die Notwendigkeit der stationÃ¤ren Behandlung von der Beklagten bestÃ¤tigen zu lassen. Durch diese Vorgehensweise kÃ¶nnten die von der Beklagten gerÃ¼gten FÃ¤lle primÃ¤rer Fehlbelegung sowie zahlreiche hiermit im Zusammenhang stehende Auseinandersetzungen vermieden oder zumindest deutlich reduziert werden. Dies fÃ¼hre zum einen zu einer grÃ¶Ãeren Planungssicherheit fÃ¼r ihr Krankenhaus, zum anderen zur Schonung der Ressourcen des Gesundheitswesens insgesamt. Diese Vorgehensweise sei auch zulÃ¤ssig. Die Vorabbefassung und -entscheidung durch die Krankenkasse sei nicht generell ausgeschlossen, sondern vielmehr, etwa auf Antrag des Versicherten nach Â§Â 13 Abs.Â 3 SGB V in FÃ¤llen, in denen das

Bestehen eines Leistungsanspruchs zweifelhaft sei, gesetzlich vorgesehen. Das Verhalten der Beklagten sei willkÃ¼rlich und fÃ¼hre zu einem erheblichen Kostenrisiko. Deren Beanstandungen betrÃ¤fen 10 v. H. der jÃ¤hrlich durchgefÃ¼hrten und abgerechneten BehandlungsfÃ¤lle und einen Forderungsausfall von rund 30 v. H. des Jahresumsatzes.

Â

Die Beklagte hat erwidert, das Verhalten der KlÃ¤gerin verstoÃe gegen die gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben der Leistungserbringung und -vergÃ¼tung. Nach Â§Â 39 Abs.Â 1 SatzÂ 2 SGB V sowie dem Landesvertrag sei das Krankenhaus bzw. der Krankenhausarzt zur Aufnahmeuntersuchung in eigener Verantwortung verpflichtet. Das VergÃ¼tungsrisiko trage nach der gesetzgeberischen Wertung das Krankenhaus. Weder nach dem SGB V noch nach dem Landesvertrag seien die Versicherten verpflichtet, vor Aufnahme in das Krankenhaus eine KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung ihrer Krankenkasse vorzulegen. Nach Â§Â 4 Abs.Â 3 des Landesvertrages sei lediglich eine ErklÃ¤rung der Krankenkasse Ã¼ber das Bestehen der Mitgliedschaft vorgesehen. Die Wirkung eines deklaratorischen Schuldanerkenntnisses komme der Ãbersendung des KostenÃ¼bernahmesatzes nach Â§Â 4 Abs.Â 2 Landesvertrag nicht zu. Soweit die KlÃ¤gerin das Recht des Versicherten nach Â§Â 13 Abs.Â 3 SGB V anfÃ¼hre, sei darauf hinzuweisen, dass der Leistungsanspruch des Patienten gegenÃ¼ber seiner Krankenkasse (VersicherungsverhÃ¤ltnis) und auch das VerhÃ¤ltnis zwischen Patient und Krankenhaus (BehandlungsverhÃ¤ltnis) strikt von den VergÃ¼tungsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (AbrechnungsverhÃ¤ltnis) zu trennen sei. Entscheidungen in einem VerhÃ¤ltnis entfalteten fÃ¼r die jeweils anderen Rechtsbeziehungen keinerlei Bindungswirkung.

Â

Das SG hat mit Urteil vom 26.06.2019 der Klage stattgegeben und festgestellt, dass die KlÃ¤gerin nicht aufgrund entgegenstehender Rechte der Beklagten daran gehindert ist, von Versicherten der Beklagten, die zu einer stationÃ¤ren Schmerzbehandlung in das Krankenhaus der KlÃ¤gerin eingewiesen werden, vor Aufnahme zur stationÃ¤ren Behandlung eine ErklÃ¤rung der Beklagten Ã¼ber die Anerkennung der stationÃ¤ren Behandlungsnotwendigkeit zu verlangen. Die Feststellungsklage sei zulÃ¤ssig. Das erforderliche Feststellungsinteresse folge zum einen daraus, dass die Beklagte die ZulÃ¤ssigkeit des Vorgehens der KlÃ¤gerin bestreite. DarÃ¼ber hinaus habe die KlÃ¤gerin auch ein wirtschaftliches Interesse an der KlÃ¤rung des streitigen RechtsverhÃ¤ltnisses. FÃ¼r den Fall der Ablehnung der KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung habe sie zwei Entscheidungsalternativen, die jeweils wirtschaftliche Nachteile nach sich zÃ¶gen. Die Feststellungsklage habe auch in der Sache Erfolg. Es sei nicht rechtswidrig, die unmittelbar fÃ¼r den gesetzlichen Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung und mittelbar fÃ¼r den VergÃ¼tungsanspruch des KrankenhaustrÃ¤gers wesentliche Vorfrage der Krankenhausbehandlungsbedarftigkeit vor der Inanspruchnahme der Leistung durch die Krankenkasse klÃ¤ren zu lassen. Das Gesetz gehe davon aus, dass die Erbringung einer Sachleistung der GKV von der vorherigen Feststellung der

Leistungspflicht der Krankenkasse abhÃ¤ngig sei. Dieser Grundsatz sei auch bei der Erbringung von Krankenhausbehandlung nicht aufgehoben. Wie Â§Â 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V zeige, bedÃ¼rfe die GewÃ¤hrung von Leistungen der GKV im Grundsatz der vorherigen Bewilligung durch die Krankenkasse. Dies gelte auch fÃ¼r die Krankenhausbehandlung mit Ausnahme von NotfÃ¤llen und anderen akuten KrankheitszustÃ¤nden, die keinen Aufschub duldeten. Bei planbaren Krankenhausaufenthalten entspreche die Bewilligungsentscheidung der Krankenkasse dem gesetzlichen Regelfall. Etwas anderes folge nicht aus Â§Â 39 Abs. 1 Satz 2 SGBÂ V, Â§Â 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V und Â§Â 5 Abs. 1, Â§Â 6 Abs. 1 des Landesvertrages. Die Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Aufnahme sei zwar gemÃ¤Ã Â§Â 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V vom Krankenhaus eigenverantwortlich zu prÃ¼fen. Â§Â 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V behalte diese aber nicht dem Krankenhaus vor. Vielmehr verbleibe die Entscheidung Ã¼ber die Leistungsbewilligung bei der Krankenkasse. Auch aus Â§Â 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V lasse sich kein anderes Ergebnis herleiten. Die Krankenhausbehandlung, zu der nach dieser Vorschrift die zugelassenen KrankenhÃ¤user verpflichtet seien, sei, wie der Klammerzusatz zeige, im Sinne des Â§Â 39 SGB V zu verstehen. Auch aus der Tatsache, dass das System der Fallpauschalen auf einer klaren Risikoverteilung basiere, folge nichts anderes. Ein solches Risiko trage das Krankenhaus nur, wenn es sich fÃ¼r die stationÃ¤re Aufnahme des Patienten entscheide. Stelle der aufnehmende Krankenhausarzt zwar stationÃ¤re BehandlungsbedÃ¼rftigkeit fest, erwarte er aber, dass mÃ¶glicherweise der durch die Krankenkasse eingeschaltete MDK zu einem anderen Ergebnis komme, so mÃ¼sse es dem Krankenhaus mÃ¶glich sein, eine VorabprÃ¼fung des Anspruchs durch die Krankenkasse zu bewirken. Im Vertragsarztrecht sei die ZulÃ¤ssigkeit der von der KlÃ¤gerin gewÃ¤hlten Verfahrensweise seit langem anerkannt. Die zustÃ¤ndigen Senate des Bundessozialgerichts (BSG) hÃ¤tten in stÃ¤ndiger Rechtsprechung darauf verwiesen, dass ein Vertragsarzt in FÃ¤llen unklarer Verordnungen â insbesondere bei einem medizinisch umstrittenen Arzneimitteleinsatz bzw. in FÃ¤llen eines Off-Label-Use â der Krankenkasse vorab die PrÃ¼fung ermÃ¶glichen mÃ¼sse, ob sie die Verordnungskosten Ã¼bernehme, wenn er sich nicht dem Risiko eines Regresses aussetzen wolle. Den AusfÃ¼hrungen des SÃ¤chsischen LSG in dem im Eilverfahren ergangenen Beschluss vom 26.02.2019 â L 9 KR 691/17 B ER â sei nicht zu folgen. Eine inhaltlich Ã¼berlegene Argumentation lasse sich der bloÃen Behauptung des Gegenteils nicht entnehmen. Der Senat Ã¼bersehe, dass die Befugnis, fÃ¼r die Leistungspflicht wesentliche Elemente in Bezug auf eine konkrete Behandlung feststellen zu lassen, dem Versicherten in der leistungsrechtlichen Beziehung gegenÃ¼ber der Beklagten zustehe und deshalb durch die Regelungen des Leistungserbringerrechts nicht ausgeschlossen werden kÃ¶nne. Zwar stehe dem KrankenhaustrÃ¤ger keine rechtliche Handhabe zu, die Leistungspflicht der Krankenkasse gegenÃ¼ber dem Versicherten zu erzwingen oder feststellen zu lassen. Dies mache die KlÃ¤gerin aber auch gar nicht. Vielmehr sei es in den streitgegenstÃ¤ndlichen Konstellationen der Versicherte, der im eigenen Interesse eine Sachleistung der Krankenkasse verfolge; die KlÃ¤gerin behalte sich lediglich vor, vor der stationÃ¤ren Aufnahme die KlÃ¤rung der KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit abzuwarten. Der Antrag der KlÃ¤gerin sei nach dem Inbegriff des Klagevorbringens so zu verstehen, dass sie lediglich festgestellt haben mÃ¶chte, dass die Beklagte im

LeistungserbringerverhÃltnis jedenfalls kein Recht habe, ihr die legitime Ausnutzung dieses im LeistungsverhÃltnis fuÃenden Rechtsreflexes zu verbieten. Gegen die VorabprÃ¼fung der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit spreche auch nicht die praktische BefÃ¼rchtung, hierdurch wÃ¼rden KrankenhaustrÃger im wesentlichen Umfang Kostenrisiken durch Ausschluss des Direktzugangs zur Krankenhausbehandlung auf die Versicherten abwÃlzen. Eine GefÃhrdung des zwischen Krankenkassen und KrankenhÃusern vertraglich ausgestalteten GefÃ¼ges der Leistungserbringung, -prÃ¼fung und -abrechnung sei jedenfalls in den FÃllen nicht zu befÃ¼rchten, in denen es sich um geplante, also nicht um akut erforderlich werdende Krankenhausbehandlungen handele und nach der Art des Eingriffs eine negative EinschÃtzung der KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit durch den MDK wenigstens nahe liege. Beide Voraussetzungen lÃgen hier vor. Gegenstand des Feststellungsantrags seien zum einen ausschlieÃlich plan- und deshalb fÃ¼r die Dauer der VorabprÃ¼fung auch aufschiebbare Behandlungen. Zum anderen beschrÃnke sich die VorabprÃ¼fung auf FÃlle, in denen im Regelfall keine Leistungspflicht der Krankenkasse bestehe, nur ausnahmsweise aufgrund besonderer UmstÃnde eine Behandlung zulasten der GKV in Betracht komme und der Leistungserbringer sich im arbeitsteiligen GefÃ¼ge der Versorgungssektoren besonderen Schwierigkeiten zur positiven Indikationsstellung ausgesetzt sehe, die mit erheblichen finanziellen Risiken einhergingen. Eine solche Konstellation stehe hier im Streit. Die Feststellungsklage sei deshalb begrÃ¼ndet, weil die nichtoperative Schmerztherapie im Krankenhaus der KlÃgerin, so wie sie sich im Ergebnis der AbrechnungsprÃ¼fungen in der Vergangenheit darstelle, in der Regel nicht im Rahmen einer stationÃren Krankenhausbehandlung beansprucht werden kÃ¶nne. Es stehe auÃer Streit, dass die Beklagte nahezu alle stationÃren Schmerzbehandlungen chronischer Schmerzpatienten im Krankenhaus der KlÃgerin einer AbrechnungsprÃ¼fung unterziehe und in der Mehrzahl der FÃlle der hier streitigen DRG die FehlbelegungsprÃ¼fung negativ ausgehe. Unter diesen UmstÃnden sei es legitim, diese PrÃ¼fung im Interesse aller Beteiligten auf Verlangen des Versicherten auf die Phase vor der Krankenhausaufnahme vorzuverlagern. Die Gefahr einer Umgehung oder gar Umkehrung des Grundsatzes, dass Versicherte stationÃre Krankenhausbehandlung ohne vorherige Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkasse in Anspruch nehmen kÃ¶nnten, sehe die Kammer nicht. Insgesamt erachte es das Gericht fÃ¼r zulÃssig, jedenfalls bei planbaren Behandlungen, die wie bei der konservativen Schmerztherapie in der Regel nicht der besonderen Mittel des Krankenhauses bedÃ¼rften, die stationÃre Aufnahme von der BestÃtigung der KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit durch die Krankenkasse abhÃngig zu machen. Dabei erstreckten sich die Bewilligungsentscheidungen nur auf die Frage, ob ein Anspruch auf stationÃre Aufnahme bestehe, und nicht auf die Dauer und den Umfang der Behandlung. DarÃ¼ber hinaus entfalte der bewilligende Verwaltungsakt nur eine eingeschrÃnkte Bindungswirkung. Denn die Entscheidung stehe unter dem (stillschweigenden) Vorbehalt des jederzeitigen Widerrufs mit Wirkung fÃ¼r die Zukunft, weil der Anspruch auf Krankenhausbehandlung von dem Grundsatz geprÃgt sei, dass die BehandlungsmaÃnahmen dem jeweiligen Bedarf anzupassen und daher stets abhÃngig von den aktuellen VerhÃltnissen, von dem gegenwÃrtigen Krankheitszustand sowie den gegenwÃrtigen BehandlungsmÃglichkeiten seien.

Â

Gegen das am 09.07.2019 zugestellte Urteil richtet sich die am 08.08.2019 bei dem SÃ¤chsischen LSG eingelegte Berufung der Beklagten. Die KlÃ¤gerin sei von Rechts wegen daran gehindert, die stationÃ¤re Aufnahme der eingewiesenen Schmerzpatienten von einer vorab bei ihr â der Beklagten â einzuholenden AnerkennungserklÃ¤rung abhÃ¤ngig zu machen. Entgegen dem SG kÃ¶nne Â§Â 12 SGB V ein Regel-Ausnahme-VerhÃ¤ltnis bezÃ¼glich einer vorherigen Kostenentscheidung der Krankenkasse weder dem Wortlaut der Norm noch der Systematik des Gesetzes entnommen werden. Eine solche Auslegung widersprÃ¤che insbesondere dem Sachleistungsprinzip und der dadurch zur Regel gemachten ErfÃ¼llung des Leistungsanspruches durch unmittelbare Inanspruchnahme der Leistungserbringer. Daraus dass die Leistungserbringer keine rechtlich verbindliche Kostenentscheidung, sondern nur eine medizinische Entscheidung treffen kÃ¶nnten, folge in keiner Weise die Verpflichtung der Krankenkassen, diese Rechtsentscheidung vor Behandlungsbeginn herbeizufÃ¼hren. Die Verlagerung des Kostenrisikos auf einen Zeitpunkt nach erfolgter Behandlung und auf nur wirtschaftlich Beteiligte stelle aus Sicht des Patienten eine der wichtigsten SÃ¤ulen des deutschen Gesundheitswesens dar. Aus dem Umstand, dass die Krankenkassen berechtigt seien, ausnahmsweise in EinzelfÃ¤llen vorab die Erforderlichkeit der angestrebten Behandlung zu prÃ¼fen, folge nicht, dass sie verpflichtet werden kÃ¶nnten, dies auf Anforderung stets zu tun. Das Gesetz treffe vielmehr eine gegenteilige Aussage: Die Krankenkasse sei berechtigt, das Krankenhaus aber nach Â§Â 39 SGB V verpflichtet, die stationÃ¤re Aufnahme vorab zu prÃ¼fen. Ein Unterlassen dieser PrÃ¼fung sei der Krankenkasse erlaubt, dem Krankenhaus jedoch untersagt, zumindest sofern eine Einweisung nach Â§Â 73 Abs 2 SGB V vorliege. Abweichendes ergebe sich nicht aus der gelebten Praxis, wonach in anders gelagerten FÃ¤llen fÃ¼r vertragsÃ¤rztliche Verordnungen im Einzelfall Zusagen der Krankenkassen eingeholt werden kÃ¶nnten. Dies betreffe Leistungen auÃerhalb des Leistungskataloges der GKV. Ein solcher Fall liege hier aber nicht vor. Soweit das SG dadurch eine Eingrenzung vornehmen wolle, dass die VorabprÃ¼fung auf solche FÃ¤lle zu beschrÃ¤nken wÃ¤re, in denen eine negative EinschÃ¤tzung der KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit durch den MDK wenigstens naheliege, erscheine dies Ã¤uÃerst ungenau. Selbst im Falle eine VorabprÃ¼fung dÃ¼rfte unstreitig sein, dass die Krankenkassen allenfalls eine vorlÃ¤ufige bzw. im Ergebnis unvollstÃ¤ndige KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung abgeben kÃ¶nnten, da die einzelnen BehandlungsmaÃnahmen nicht feststÃ¼nden. Ohne Behandlungsplan kÃ¶nne eine KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung nicht zu sinnvollen Ergebnissen fÃ¼hren. Die von der KlÃ¤gerin gewÃ¼nschte VorabprÃ¼fung erfordere eine Beiziehung und Auswertung aller Ã¤rztlicher Unterlagen der Versicherten. Dieses Vorgehen sei ungleich aufwendiger, weil allein die Beschaffung der Unterlagen Wochen, wenn nicht Monate in Anspruch nehme. Zudem sei zu berÃ¼cksichtigen, dass eine Genehmigung im LeistungsverhÃ¤ltnis nicht auf das AbrechnungsverhÃ¤ltnis durchschlage. Eine Anspruchsgrundlage, die es dem Krankenhaus gestattete, von den Versicherten eine VorabprÃ¼fung zu verlangen, sei nicht ersichtlich. Zur Klarstellung sei darauf hingewiesen, dass sie â die Beklagte â keinesfalls alle AbrechnungsfÃ¤lle pauschal zur PrÃ¼fung an den MDK

gebe. Es werde vielmehr stets nur bei AuffÃ¤lligkeiten eine AbrechnungsprÃ¼fung durchgefÃ¼hrt. Dass die Mehrzahl der AbrechnungsfÃ¤lle der KlÃ¤gerin ins PrÃ¼fverfahren gelange, liege allein daran, dass die KlÃ¤gerin meist hinter den OPS-Strukturvorgaben der multimodalen Schmerztherapie zurÃ¼ckbleibe und im Einzelfall dann zu prÃ¼fen sei, ob der eingeschrÃ¤nkte Therapieumfang noch eine stationÃ¤re Behandlung erfordere.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 26. Juni 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

Â

Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Sie sei nicht daran gehindert, vor der stationÃ¤ren Aufnahme von Patienten mit chronischen RÃ¼ckenschmerzen eine Mitwirkung dergestalt zu erwarten, dass sie bei der GKV die Bewilligung der verordneten vollstationÃ¤ren Behandlung einforderten. Diese Vorgehensweise verletze kein Recht der Beklagten. Der Gesetzgeber habe mit Â§Â 13 Abs. 3a SGB V zu erkennen gegeben, dass Versicherte konkrete Leistungen bei der Krankenkasse beantragen kÃ¶nnten und die Krankenkasse dann auch vor der Leistungserbringung Ã¼ber diese zu entscheiden habe. Das SGB V gebe nichts her fÃ¼r eine gegenÃ¼ber der Krankenkasse bestehende Verpflichtung des Krankenhauses, die Notwendigkeit der stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung vorrangig zu prÃ¼fen. Die Entscheidung der KrankenhausÃ¤rzte Ã¼ber die Krankenhausaufnahme habe mit der Frage, ob dem Patienten tatsÃ¤chlich ein Anspruch auf stationÃ¤re Behandlung zustehe, nichts zu tun. FÃ¼r die Entscheidung Ã¼ber den Anspruch des (versicherten) Patienten sei allein die Krankenkasse zustÃ¤ndig. Es sei daher nicht zu beanstanden, wenn die Versicherten vom Krankenhaus aufgefordert wÃ¼rden, sich die stationÃ¤re Behandlung bewilligen zu lassen. Im vorliegenden Rechtsstreit sei nicht zu prÃ¼fen, ob Krankenkassen grundsÃ¤tzlich verpflichtet seien, eine PrÃ¼fung des Sachleistungsanspruchs vor der Behandlung des Patienten durchzufÃ¼hren, sondern, ob die Aufforderung an den Patienten, die gewÃ¼nschte Leistung vor der Aufnahme zur stationÃ¤ren Behandlung durch die Krankenkasse bewilligen zu lassen, gegen ein Recht der Krankenkasse verstoÃe. Die Krankenkasse habe die Leistungsbewilligung ohnehin zu prÃ¼fen; ein subjektives Recht, diese PrÃ¼fung

ausschlieÃlich im Nachhinein durchzufÃ¼hren, habe sie nicht. FÃ¼r das Krankenhaus bestehe keine Verpflichtung gegenÃ¼ber der Krankenkasse zu einer PrÃ¼fung der stationÃ¤ren Behandlungsnotwendigkeit. Es gebe keine Bestimmung, wonach die Entscheidungskompetenz der Krankenkasse Ã¼ber die Notwendigkeit der stationÃ¤ren Behandlung dahingehend eingeschrÃ¤nkt wÃ¤re, dass diese nur nach durchgefÃ¼hrter Krankenhausbehandlung ausgeÃ¼bt werden dÃ¼rfte. Es liege im wohlverstandenen Interesse des Gesundheitssystems, wenn die Krankenkassen mÃ¶glichst frÃ¼hzeitig in die Behandlung der Versicherten eingebunden wÃ¼rden und nicht Leistungen in erheblichem Umfang in Anspruch genommen wÃ¼rden, die nicht vergÃ¼tet wÃ¼rden. An eine positive Entscheidung sei die Krankenkasse nicht nur gegenÃ¼ber dem Versicherten, sondern auch im VerhÃ¤ltnis zum behandelnden Krankenhaus gebunden. Der VergÃ¼tungsanspruch des Krankenhauses sei ein Annex zu dem Leistungsanspruch des Versicherten.

Â

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte beider RechtszÃ¼ge und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand des Verfahrens gewesen sind.

Â

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Die zulÃ¤ssige Berufung der Beklagten ist unbegrÃ¼ndet. Zu Recht hat das SG der Klage stattgegeben und festgestellt, dass die KlÃ¤gerin nicht aufgrund entgegenstehender Rechte der Beklagten daran gehindert ist, von Versicherten der Beklagten, die zu einer geplanten stationÃ¤ren Schmerzbehandlung in das Krankenhaus der KlÃ¤gerin eingewiesen werden, vor der Aufnahme zur stationÃ¤ren Behandlung eine ErklÃ¤rung der Beklagten Ã¼ber die Anerkennung der stationÃ¤ren Behandlungsnotwendigkeit zu verlangen.

Â

1. Die Feststellungsklage ist zulÃ¤ssig.

Â

Nach Â§Â 55 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) kann mit der Feststellungsklage das Bestehen oder Nichtbestehen eines RechtsverhÃ¤ltnisses begehrt werden, wenn der KlÃ¤ger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat. Eine Feststellungsklage ist zulÃ¤ssig, wenn ein feststellungsfÃ¤higes RechtsverhÃ¤ltnis vorliegt, der KlÃ¤ger ein (qualifiziertes) Interesse an der Feststellung hat und er sein Rechtsschutzbegehren effektiv nicht

durch eine vorrangige Klageart erreichen kann. Unter einem RechtsverhÃ¤ltnis im Sinne von Â§Â 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG sind die aus einem konkreten Sachverhalt aufgrund einer Rechtsnorm sich ergebenden rechtlichen Beziehungen einer Person zu einer anderen Person oder zu einer Sache zu verstehen (BSG, Urteil vom 07.12.2006 â□□ B 3 KR 5/06 R â□□ juris Rn. 16; Urteil vom 06.03.2003 â□□ B 11 AL 27/02 R â□□ juris Rn. 13; Urteil vom 13.07.1999 â□□ B 1 A 1/99Â R â□□ juris Rn. 12; Urteil vom 15.12.1987 â□□ 6 RKa 14/87 â□□ juris Rn. 10). Zur KlÃ¤rung rein abstrakter Rechtsfragen darf eine Feststellungsklage nicht erhoben werden (vgl. BSG, Urteil vom 20.07.2017 â□□ B 12 KR 13/15 R â□□ juris Rn. 31; Urteil vom 20.12.2001 â□□ B 4 RA 50/01 R â□□ juris Rn. 30). Ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung im Sinne des Â§Â 55 Abs. 1 SGG ist jedes nach der Sachlage vernÃ¼nftige Interesse, das rechtlicher, wirtschaftlicher oder ideeller Art sein kann (BSG, Urteil vom 10.08.2021 â□□ B 2 U 1/20 R â□□ juris Rn. 12; Urteil vom 18.05.2011 â□□ B 3 P 5/10 R â□□ juris Rn. 38).

Â

Gemessen an diesen MaÃstÃ¤ben ist die Feststellungsklage zulÃ¤ssig. Diese ist ihrem Inhalt nach eine negative Feststellungsklage (vgl. BSG, Urteil vom 22.01.1986 â□□ 8 RK 59/84 â□□ juris Rn. 15). Denn die Beklagte berÃ¼hmt sich mit ihrem Schreiben vom 15.03.2017 eines Unterlassungsanspruchs gegen die KlÃ¤gerin, den diese bestreitet. Eine solche negative Feststellungsklage ist zulÃ¤ssig, solange â□□ wie hier â□□ noch keine Unterlassungsklage erhoben worden ist. Das erforderliche Feststellungsinteresse besteht, weil die Beklagte die ZulÃ¤ssigkeit des Vorgehens der KlÃ¤gerin bestreitet und gegen diese einen entsprechenden Unterlassungsanspruch geltend gemacht hat, an dem sie weiterhin festhÃ¤lt. Zudem hat die KlÃ¤gerin ein wirtschaftliches Interesse an der KlÃ¤rung des streitigen RechtsverhÃ¤ltnisses. Darf sie die Aufnahme von Versicherten der Beklagten zur stationÃ¤ren Schmerztherapie von einer VorabklÃ¤rung der KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit durch diese nicht abhÃ¤ngig machen, kann sie sich entscheiden, entweder deren Versicherte nicht aufzunehmen und damit von vornherein keine VergÃ¼tungsansprÃ¼che zu erwerben, oder deren Versicherte aufzunehmen und damit das â□□ nicht nur theoretische, sondern realistische â□□ finanzielle Risiko einer abweichenden Beurteilung in AbrechnungsprÃ¼fung sowie VergÃ¼tungsstreit zu tragen.

Â

2. Die Feststellungsklage ist auch begrÃ¼ndet, weil der von der Beklagten geltend gemachte Unterlassungsanspruch (zu einem solchen der Krankenkasse gegen einen KrankenhaustrÃ¤ger: SÃ¤chsisches LSG, Beschluss vom 02.03.2011 â□□ L 1 KR 177/10 B ER â□□ juris Rn.Â 57) â□□ soweit er im Rahmen der negativen Feststellungsklage Gegenstand der PrÃ¼fung ist â□□ nicht besteht. Die Veranlassung einer VorabklÃ¤rung der KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit durch den Versicherten greift jedenfalls in FÃ¤llen planbarer Behandlungen, die â□□ wie die konservative Schmerztherapie â□□ nicht in der Regel der besonderen Mittel des Krankenhauses bedÃ¼rfen, nicht in geschÃ¼tzte Rechtspositionen der beklagten Krankenkasse ein. Weder steht Â§Â 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V (dazu a)

noch Â§Â 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V (dazu b) oder die Trennung von Versicherungs- und AbrechnungsverhÃ¤ltnis (dazu c) entgegen. Keine Bedenken bestehen auch im Hinblick auf die sonstigen EinwÃ¤nde der Beklagten (dazu d).

Â

a) Â§Â 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V begrÃ¼ndet keinen derartigen Unterlassungsanspruch der Beklagten.

Â

Â§Â 109 Abs. 4 SGB V bestimmt, dass das Krankenhaus mit dem (fingierten oder echten) Versorgungsvertrag fÃ¼r die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen ist (Satz 1) und dass das zugelassene Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung des Versicherten verpflichtet ist (SatzÂ 2). Aus diesen Bestimmungen ergibt sich, dass die Zulassung das Krankenhaus zur Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet. Weil die Behandlungspflicht im Naturalleistungsprinzip wurzelt, ist sie auch im Rahmen des Naturalleistungssystems zu erfÃ¼llen (Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4.Â Aufl., Â§Â 109 Rn. 133).

Â

Das SGB V weist dabei durch die von ihm vorgenommene Ausgestaltung des Naturalleistungssystems dem Krankenhaus eine eigenstÃ¤ndige und im VerhÃ¤ltnis zur Krankenkasse regelhaft zeitlich vorrangige Stellung hinsichtlich der Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen und damit der Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Behandlung als solcher und ihres Umfangs zu (vgl. BSG, Urteil vom 25.09.2007 â GS 1/06 â juris Rn. 28). Die zu Lasten der Krankenkasse wirksame Leistungserbringung des Krankenhauses hÃ¤ngt nicht von einer vorherigen Bewilligung der Leistung durch die Krankenkasse ab. Es besteht daher keine Pflicht des Krankenhauses zur Einholung einer vorherigen KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung (BSG, Urteil vom 22.06.2022Â â B 1 KR 19/21 RÂ â juris Rn. 13).

Â

Die fehlende Pflicht zur vorherigen Einholung einer KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung bzw. Bewilligung schlieÃt jedoch eine solche Verfahrensweise auch ohne entsprechende Regelung im Vertrag nach Â§ 112 SGB V nicht aus (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2022Â â B 1 KR 19/21 RÂ â juris Rn. 13 f. unter Verweis auf: LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 27.04.2021 â L 11 KR 3323/19 â juris Rn 24 f.; Bockholdt in Hauck/Noftz SGB V, Â§Â 109 Rn. 185; BSG, Urteil vom 17.02.2004 â B 1 KR 4/02 R â juris Rn. 20; Urteil vom 31.05.2006 â B 6 KA 53/05 B â juris Rn. 13; Urteil vom 20.03.2013 â B 6 KA 27/12 R â juris Rn. 28). Zusagen oder ErklÃ¤rungen einer Krankenkasse, eine bestimmte Leistung dem Versicherten als Kassenleistung zu gewÃ¤hren oder die Kosten dafÃ¼r zu Ã¼bernehmen, sind damit nicht von vornherein ausgeschlossen (LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom

27.04.2021Â â□□ L 11 KR 3323/19Â â□□ juris Rn. 24).

Â

Dies folgt bereits aus dem Umstand, dass die Kompetenz, Rechtsentscheidungen Ã¼ber das Bestehen oder Nichtbestehen von LeistungsansprÃ¼chen zu treffen und hierÃ¼ber Verwaltungsakte zu erlassen, bei der Krankenkasse verbleibt. Die Entscheidung darÃ¼ber, ob dem Versicherten ein Anspruch auf GewÃ¤hrung vollstationÃ¤rer Krankenhausbehandlung als Sachleistung zusteht und darin eingeschlossen die Entscheidung, ob eine stationÃ¤re Behandlung aus medizinischen GrÃ¼nden notwendig ist, obliegt nicht dem Krankenhaus, sondern der Krankenkasse, gegen die sich der Anspruch richtet (BSG, Beschluss vom 25.09.2007Â â□□ GS 1/06Â â□□ juris Rn. 28). Die Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes hat hingegen insoweit keine rechtliche Bindungswirkung. Auch eine EinschÃ¤tzungsprÃ¤rogative kommt der Aufnahmeentscheidung des Krankenhausarztes nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung nicht zu (BSG, Beschluss vom 25.09.2017 â□□ GS 1/06 â□□ juris Rn. 29).

Â

Die EntscheidungsablÃ¤ufe sind daher unterschiedlich, je nachdem, zu welchem Zeitpunkt die Kasse mit dem Leistungsbegehren befasst wird. Beantragt der Versicherte vorab die Genehmigung einer gemÃ¤Ã□ Â§Â 73 Abs. 2 SatzÂ 1 Nr. 7 i.V.m. Abs. 4 SGB V vertragsÃ¤rztlich verordneten Krankenhausbehandlung, so entscheidet die Krankenkasse ihm gegenÃ¼ber durch Verwaltungsakt. Wird er dagegen, wie zumeist, wegen einer akuten Erkrankung oder eines Krankheitsverdachts ohne vorherige Konsultation der Krankenkasse stationÃ¤r aufgenommen, so entscheidet diese Ã¼ber den Behandlungsanspruch lediglich indirekt, indem sie, erforderlichenfalls nach Einschaltung des MDK, dem die Leistung erbringenden Krankenhaus eine â□□ in der Regel befristete â□□ Kostenzusage (KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung) erteilt. Dieser Vorgang wiederholt sich, wenn zu einem spÃ¤teren Zeitpunkt Ã¼ber eine VerlÃ¤ngerung des Krankenhausaufenthalts zu befinden ist. In allen FÃ¤llen hat die Krankenkasse vor ihrer Entscheidung die Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Behandlung eigenstÃ¤ndig und ohne Bindung an die Beurteilung des zustÃ¤ndigen Krankenhausarztes zu prÃ¼fen (BSG, Beschluss vom 25.09.2007Â â□□ GS 1/06Â â□□ juris Rn. 28).

Â

Wie auch Â§Â 12 Abs.Â 1 SatzÂ 2 SGBÂ V zeigt, bedarf die GewÃ¤hrung von Leistungen der GKV im Grundsatz der vorherigen Bewilligung durch die Krankenkasse. Den Krankenkassen ist es nach Â§Â 12 Abs. 1 SatzÂ 2 SGB V untersagt, Leistungen zu bewilligen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind. Bei der Ã¤rztlichen Behandlung findet diese PrÃ¼fung typischerweise nachtrÃ¤glich statt (vgl. Â§Â 106 SGB V), weil die VertragsÃ¤rzte im Interesse der Versicherten ermÃ¤chtigt sind, diese (Vor-) Entscheidung mit Wirkung fÃ¼r und gegen die Krankenkasse zu treffen, soweit eine vorherige PrÃ¼fung nicht schon aus SachgrÃ¼nden â□□ etwa bei akuten KrankheitszustÃ¤nden â□□ von vornherein

ausscheidet. Das Ã¤ndert jedoch nichts an dem in Â§Â 12 SGB V festgelegten Grundsatz, dass die LeistungsgewÃ¤hrung einer vorherigen Bewilligung durch die Krankenkasse bedarf (BSG, Urteil vom 17.02.2004Â â B 1 KR 4/02 RÂ â juris Rn. 20 unter Hinweis auf Â§Â 19 Abs. 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch). Dies schlieÃt die Verpflichtung zur DurchfÃ¼hrung eines Verwaltungsverfahrens mit ein. Das Ergebnis der vorherigen PrÃ¼fung der Behandlungsnotwendigkeit muss dem Versicherten in der Form des Verwaltungsakts mitgeteilt werden (Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., Â§Â 39 Rn. 165).

Â

Von der MÃ¶glichkeit einer VorabprÃ¼fung durch die Krankenkasse geht auch Â§Â 13 Abs. 3a SGB V aus. Â§Â 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V bestimmt, dass die Krankenkasse Ã¼ber einen Antrag auf Leistungen zÃ¼gig und innerhalb einer Drei-Wochen-Frist, bei Einschaltung des MDK innerhalb einer FÃ¼nf-Wochen-Frist, zu entscheiden hat und begrÃ¼ndet die Verpflichtung der Krankenkasse, Ã¼ber AntrÃ¤ge zÃ¼gig zu entscheiden. Dabei ist die Regelung auch auf AntrÃ¤ge betreffend die Bewilligung einer stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung anwendbar (BSG, Urteil vom 11.07.2017Â â B 1 KR 1/17 RÂ â juris Rn. 25; Urteil vom 11.09.2018Â â B 1 KR 1/18Â RÂ â juris Rn. 15).

Â

Dass eine VorabprÃ¼fung durch die Krankenkasse keineswegs dem Gesetz widerspricht, zeigt schlieÃlich auch die Regelung in Â§Â 2 Abs.Â 1a SÃ¤tzeÂ 2 und 3 SGB V, wonach sowohl der Versicherte als auch der Leistungserbringer bei bestehender Unsicherheit Ã¼ber das Bestehen eines Leistungsanspruchs nach Â§ 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V eine verbindliche Entscheidung der Krankenkasse herbeifÃ¼hren kÃ¶nnen. Die darin zum Ausdruck kommende gesetzgeberische Wertung beansprucht Ã¼ber den unmittelbaren Anwendungsbereich des Â§Â 2 Abs.Â 1a SGB V hinaus auch fÃ¼r andere planbare Leistungen im Krankenhaus Geltung. Gerade weil die rechtsverbindliche Entscheidung Ã¼ber den Leistungsanspruch allein der Krankenkasse obliegt und dem Krankenhausarzt insofern keine EinschÃ¤tzungsprÃ¤rogative zusteht, kann es dem Krankenhaus nicht zugemutet werden, in ZweifelsfÃ¤llen auf eigenes Risiko in Vorleistung zu gehen (Bockholdt in: Hauck/Noftz SGB V, Â§Â 109 Rn. 185).

Â

Soweit die KlÃ¤gerin einwendet, dass derartige Vorab-PrÃ¼fungen sich auf FÃ¤lle beschrÃ¤nkten, in denen Leistungen auÃerhalb des Leistungskataloges der GKV begehrt werden, fÃ¼hrt dies zu keiner abweichenden Beurteilung.

Â

Zwar haben solche VorabprÃ¼fungen durch die Krankenkasse bei stationÃ¤ren Krankenhausbehandlungen vor allem in den FÃ¤llen Bedeutung, in denen Versicherte eine Leistung begehren, die grundsÃ¤tzlich nicht oder nur unter

bestimmten Voraussetzungen vom Leistungsumfang der GKV umfasst ist (z.B. Off-Label-Use bei der Verordnung von Arzneimitteln oder neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden). Eine VorabprÃ¼fung kommt auch vor DurchfÃ¼hrung einer stationÃ¤ren Behandlung in Betracht, wenn zweifelhaft ist, ob die von den Versicherten beanspruchte Behandlungsmethode dem QualitÃ¤tsgebot entspricht. In Â§Â 2 Abs. 1a SatzÂ 2 und 3 SGB V ist eine VorabprÃ¼fung gesetzlich geregelt (LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 27.04.2021Â â□□ L 11 KR 3323/19Â â□□ juris Rn. 24). AuÃ□erhalb des Leistungsumfangs der GKV liegen aber auch unwirtschaftliche â□□ weil nicht im Sinne des Â§Â 39 Abs. 1 SGB V erforderliche â□□ Leistungen. Nach Â§Â 12 Abs. 1 SGB V mÃ¼ssen die Leistungen ausreichend, zweckmÃ¤Ã□ig und wirtschaftlich sein; sie dÃ¼rfen das MaÃ□ des Notwendigen nicht Ã¼berschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kÃ¶nnen Versicherte nicht beanspruchen, dÃ¼rfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Â

b) Auch Â§Â 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V steht einer VorabprÃ¼fung durch die Krankenkasse nicht entgegen. Nach dieser Vorschrift besteht Anspruch auf vollstationÃ¤re Behandlung nur, wenn die Aufnahme nach PrÃ¼fung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationÃ¤re, vor- und nachstationÃ¤re oder ambulante Behandlung einschlieÃ□lich hÃ¤uslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Der in Â§Â 39 Abs. 1 SatzÂ 2 SGB V geregelte Nachrang der vollstationÃ¤ren Behandlung trÃ¤gt deren Bedeutung als medizinisch intensivster und aufwendigster Form der Krankenbehandlung Rechnung und stellt eine besondere AusprÃ¤gung des Wirtschaftlichkeitsgebots (Â§Â 12 Abs.Â 1 SGBÂ V) dar (Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., Â§Â 39 Rn. 56). Dabei richtet sich die von Â§Â 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V verlangte Erforderlichkeit stationÃ¤rer Krankenhausbehandlung allein nach den medizinischen Erfordernissen (BSG, Beschluss vom 25.09.2007Â â□□ GS 1/06Â â□□ juris Rn. 18). Die sachliche PrÃ¼fung der Erforderlichkeit einer Krankenhausbehandlung ist nach Â§Â 39 Abs.Â 1 SatzÂ 2 SGB V ausdrÃ¼cklich dem Krankenhaus und seiner eigenverantwortlichen Entscheidung zugewiesen, die aber der nachgelagerten Kontrolle durch die Krankenkasse und im VergÃ¼tungsstreit der uneingeschrÃ¤nkten gerichtlichen Ã□berprÃ¼fung unterliegt (vgl. BSG vom 25.09.2007 â□□ GS 1/06 â□□ juris Rn. 27).

Â

Das Krankenhaus muss die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung grundsÃ¤tzlich selbst prÃ¼fen (BSG, Urteil vom 22.06.2022Â â□□ B 1 KR 19/21 R Â â□□ juris Rn. 12). Die in Â§Â 39 Abs.Â 1 SatzÂ 2 SGB V vorgesehene â□□PrÃ¼fung durch das Krankenhausâ□□ beinhaltet eine originÃ¤re â□□ in das mit der Krankenkasse bestehende LeistungserbringungsverhÃ¤ltnis integrierte â□□ Rechtspflicht des Krankenhauses. Ihr Zweck besteht darin, diesen Leistungserbringer Ã¼ber das in Â§Â 2 Abs.Â 4, Â§Â 12 Abs.Â 1 SatzÂ 2, Â§Â 70 SGB V normierte Gebot hinaus in spezifischer Weise Ã¼ber die PrÃ¼fung an der GewÃ¤hrleistung der Wirtschaftlichkeit der aufwÃ¤ndigen stationÃ¤ren

Krankenhausbehandlung zu beteiligen.

Â

Die PrÃ¼fungspflicht ist aber keine ausschlieÃliche EntscheidungszustÃ¤ndigkeit. Die Pflicht, die Â§Â 39 Abs.Â 1 SatzÂ 2 SGBÂ V den KrankenhÃ¤usern auferlegt, ist im Zusammenhang mit Â§Â 73 Abs.Â 2 Nr.Â 7, Abs.Â 4 SGBÂ V zu sehen. Das Gesetz geht davon aus, dass die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung im Regelfall vom Vertragsarzt verordnet wird. In Hinblick hierauf stellt Â§Â 39 Abs.Â 1 SatzÂ 2 SGBÂ V klar, dass sich das Krankenhaus auf die Beurteilung des Vertragsarztes nicht verlassen darf, sondern die Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung eigenverantwortlich zu prÃ¼fen hat (vgl. BSG, Urteil vom 23.04.1996 â 1Â RK 20/95 â juris Rn. 16; Urteil vom 21.08.1996 â 3 RK 2/96 â juris Rn. 23). Dies gilt selbstverstÃ¤ndlich auch dann, wenn der stationÃ¤ren Aufnahme keine vertragsÃ¤rztliche Verordnung vorausgeht. Mit Â§Â 39 Abs.Â 1 SatzÂ 2 SGBÂ V wird eine Pflicht verdeutlicht, die sich bereits aus Â§Â 12 Abs.Â 1 SatzÂ 2 SGBÂ V ergibt, der allen Leistungserbringern untersagt, Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, zu bewirken (vgl. auch Â§Â 2 Abs.Â 4 SGBÂ V). Die Regelung in Â§Â 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V, wonach die Aufnahme ânach PrÃ¼fung durch das Krankenhausâ erforderlich sein muss, geht jedoch Ã¼ber die allgemeinen Regelungen zur GewÃ¤hrleistung der Wirtschaftlichkeit hinaus und unterwirft die KrankenhÃ¤user einer besonderen PrÃ¼fungspflicht fÃ¼r die typischerweise finanziell aufwendige stationÃ¤re Behandlung. Ziel der EinfÃ¼hrung dieser PrÃ¼fungspflicht war es nicht, den Freiraum der KrankenhÃ¤user zu erweitern, sondern sie im Gegenteil strengeren Anforderungen zu unterwerfen (Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., Â§Â 39 Rn. 89).

Â

Entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten schlieÃt dies die Einbeziehung der Krankenkasse im Wege der VorabprÃ¼fung in ZweifelsfÃ¤llen aber nicht aus. Â§Â 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V behÃ¤lt die PrÃ¼fung der Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung nicht dem Krankenhaus vor. Der PrÃ¼fungspflicht des Krankenhauses entspricht kein ausschlieÃliches PrÃ¼fungsrecht. Vielmehr verbleibt die Entscheidung Ã¼ber die Leistungsbewilligung bei der Krankenkasse (BSG, Urteil vom 09.06.1998 â BÂ 1 KR 18/96 R â juris Rn.Â 17; Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., Â§Â 39 Rn. 90).

Â

Hat das Krankenhaus Zweifel an der Erforderlichkeit einer geplanten stationÃ¤ren Behandlung, kann es âÂ ebenso wie der Vertragsarzt zur Vermeidung eines Arzneimittelregresses (vgl. BSG, Urteil vom 20.03.2013 â B 6 KA 27/12 R â juris Rn. 28)Â â entweder selbst eine VorabprÃ¼fung durch die Krankenkasse beantragen oder es dem Versicherten Ã¼berlassen, die Frage der KostenÃ¼bernahme vorab mit seiner Krankenkasse zu klÃ¤ren (Bockholdt, NZS 2021, 606 unter Verweis auf: LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 27.04.2021 â

L 11 KR 3323/19 â juris Rn. 21). Macht das Krankenhaus von dieser MÃ¶glichkeit keinen Gebrauch, Ã¼bernimmt es mit der DurchfÃ¼hrung der Behandlung wegen seiner Vorleistungspflicht gegenÃ¼ber der Krankenkasse grundsÃ¤tzlich das volle VergÃ¼tungsrisiko.

Â

Die KlÃ¤gerin hat von dieser MÃ¶glichkeit Gebrauch gemacht und begrÃ¼ndete Zweifel an der Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Schmerztherapie geltend gemacht. Diese Zweifel resultieren insbesondere aus den Ergebnissen vorausgegangener PrÃ¼fverfahren. So hat die KlÃ¤gerin dargelegt, dass die Beklagte in der Vergangenheit in bis zu 100 % der FÃ¤lle der stationÃ¤ren Versorgung von Schmerzpatienten in ihrer Einrichtung PrÃ¼fverfahren eingeleitet hat und in vielen FÃ¤llen eine primÃ¤re Fehlbelegung eingewandt wurde. Zwar haben sich die PrÃ¼fquoten inzwischen aufgrund Ãnderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen, insbesondere infolge des MDK-Reformgesetzes vom 14.12.2019 (BGBl. I S.Â 2789) sowie des COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetzes vom 27.03.2020 (BGBl.Â I 2020, S. 580) geÃ¤ndert. Auch wenn sich infolge dieser Regelungen die AbrechnungsprÃ¼fungen durch die Beklagte bei den hier streitigen Krankenhausbehandlungen mittlerweile verringert haben, steht fest, dass zwischen den Beteiligten nach wie vor im Rahmen der VergÃ¼tung einer stationÃ¤ren Schmerztherapie grundlegende Differenzen im Hinblick auf die Erforderlichkeit stationÃ¤rer Krankenhausbehandlung (Â§Â 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V) bestehen. Angesichts dieser Differenzen bestehen bei der KlÃ¤gerin berechtigte Zweifel an der Erforderlichkeit der stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung im Falle der in ihrer Einrichtung durchgefÃ¼hrten stationÃ¤ren Schmerzbehandlung.

Â

In einem solchen Fall ist es gerechtfertigt, vor der Aufnahme der Versicherten zur stationÃ¤ren Schmerztherapie eine VorabklÃ¤rung durch die Krankenkasse anzustreben.

Â

Soweit sich die KlÃ¤gerin nicht selbst an die beklagte Krankenkasse wendet, sondern von den Versicherten eine Verwaltungsentscheidung der Krankenkasse verlangt, begegnet dies keinen Bedenken. Ein Vorrang-Nachrang-VerhÃ¤ltnis besteht insoweit nicht. Denn das BSG hat die weit verbreitete Praxis, dass Krankenkassen KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rungen unter Vorbehalt oder mit Widerrufsvorbehalten versehen, gebilligt (Urteil vom 12.11.2003 â B 3 KR 1/03 R â juris Rn. 19 ff.). Eine KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung unter dem Vorbehalt, dass die Krankenhausbehandlung notwendig im Sinne des Â§Â 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist, wÃ¤re aber nicht geeignet gewesen, die Zweifel an der Notwendigkeit stationÃ¤rer Krankenhausbehandlung auszurÃ¤umen.

Â

Sofern die VertrÃ¤ge nach Â§Â 112 SGB V â□□ wie auch die im Freistaat Sachsen geltende Vereinbarung zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemÃ¤Ã□ Â§Â 112 Abs. 1 und 2 SGB V vom 04.10.2005 â□□ eine solche VorabprÃ¼fung nicht explizit vorsehen, lÃ¤sst sich diese aus Â§Â 2 Abs.Â 1a SatzÂ 2 und Â§Â 275 Abs.Â 1 Nr.Â 1 SGB V ableiten. Die in Â§Â 2 Abs.Â 1a SÃ¤tzeÂ 2 und 3 zum Ausdruck kommende gesetzgeberische Wertung, dass sowohl der Versicherte als auch der Leistungserbringer bei bestehender Unsicherheit Ã¼ber das Bestehen eines Leistungsanspruchs eine verbindliche Entscheidung der Krankenkasse herbeifÃ¼hren kÃ¶nnen sollen (vgl. BT-Drucks. 17/8005, 103), gilt Ã¼ber den unmittelbaren Anwendungsbereich des Â§Â 2 Abs.Â 1a SGB V hinaus auch fÃ¼r andere planbare Leistungen im Krankenhaus. Gerade weil die rechtsverbindliche Entscheidung Ã¼ber den Leistungsanspruch allein der Krankenkasse obliegt und dem Krankenhausarzt insofern keine EinschÃ¤tzungsprÃ¤rogative zusteht, kann es dem Krankenhaus nicht zugemutet werden, in begrÃ¼ndeten ZweifelsfÃ¤llen auf eigenes Risiko in Vorleistung zu gehen. Nach Â§Â 275 Abs.Â 1 Nr.Â 1 SGB V besteht die Verpflichtung der Krankenkasse, ein unklares Leistungsgeschehen durch den MD prÃ¼fen zu lassen (vgl. BSG, Beschluss vom 04.04.2006 â□□ B 1 KR 32/04 R â□□ juris Rn. 34 f.), bereits â□□bei Erbringungâ□□ der Leistung und nicht erst im Rahmen der AbrechnungsprÃ¼fung (Bockholdt in: Hauck/Noftz SGB V, Â§â□□109 Rn. 185). Soweit sich die Beklagte auf den dadurch entstehenden zusÃ¤tzlichen Aufwand beruft, kann dies bereits im Hinblick auf die ihr nach Â§Â 275 SGB V obliegenden Verpflichtungen keine abweichende Beurteilung rechtfertigen.

Â

c) Der Einwand der Beklagten, zwischen dem AbrechnungsverhÃ¤ltnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus, dem BehandlungsverhÃ¤ltnis zwischen Krankenhaus und Versichertem sowie dem VersicherungsverhÃ¤ltnis zwischen Versichertem und Krankenkasse sei strikt zu trennen, vermag keine abweichende Beurteilung zu begrÃ¼nden. Zwar hat die Trennung zwischen dem VersicherungsverhÃ¤ltnis und dem AbrechnungsverhÃ¤ltnis grundsÃ¤tzlich zur Folge, dass eine im VersicherungsverhÃ¤ltnis getroffene Leistungsentscheidung der Krankenkasse nicht auf das AbrechnungsverhÃ¤ltnis durchschlÃ¤gt (BSG, Urteil vom 17.05.2000 â□□ B 3 KR 33/99 R â□□ juris Rn. 16; Urteil vom 11.04.2002 â□□ B 3 KR 24/01 R â□□ juris Rn. 24; Bockholdt in: Hauck/Noftz SGB V, Â§â□□109 Rn. 184). So stÃ¼nde einem bestehenden VergÃ¼tungsanspruch eines Krankenhauses eine bestandskrÃ¤ftige Ablehnung der Behandlung durch die Krankenkasse gegenÃ¼ber dem Versicherten nicht in jedem Fall entgegen (BSG, Urteil vom 22.06.2022Â â□□ B 1 KR 19/21 RÂ â□□ juris Rn. 11). Soweit der fÃ¼r das Recht der KrankenhausvergÃ¼tung auch zustÃ¤ndig gewesene 3. Senat des BSG der Leistungsablehnung der Krankenkasse im VersicherungsverhÃ¤ltnis jegliche Relevanz abgesprochen hat, hÃ¤lt der 1. Senat des BSG hieran aber ausdrÃ¼cklich nicht fest (BSG, Urteil vom 22.06.2022 â□□ B 1 KR 19/21 R â□□ juris Rn. 15). Liegt im VersichertenverhÃ¤ltnis eine wirksame Bewilligungsentscheidung der Krankenkasse vor (vgl. dazu auch BSG, Urteil vom 20.03.2013 â□□ B 6 KA 27/12 R â□□ juris Rn. 28; zur eingeschrÃ¤nkten Bindungswirkung der Bewilligungsentscheidung gegenÃ¼ber dem Versicherten siehe Wahl, jurisPK-SGB

V, 4.Â Aufl., Â§Â 39 Rn. 170 m.w.N.), muss das Krankenhaus auch im AbrechnungsverhÃ¤ltnis auf den Inhalt der Genehmigung vertrauen dÃ¼rfen und kann sich die Krankenkasse nicht darauf berufen, die materiell-rechtlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Erbringung der Sachleistung hÃ¤tten nicht vorgelegen (vgl. BSG, Urteil vom 20.03.2013 â B 6 KA 27/12 R â juris Rn.Â 28; Bockholdt in: Hauck/Noftz SGB V, Â§â109 Rn. 184).

Â

d) Dass die vorherige KlÃ¤rung des (Natural-)Leistungsanspruchs in ZweifelsfÃ¤llen gegen den Versorgungsauftrag (Â§Â 109 Abs. 4 Satz 1 SGB V) verstieÃe, ist nicht ersichtlich. Insbesondere verweigert die KlÃ¤gerin nicht eine erforderliche Krankenhausbehandlung, sondern fÃ¼hrt die Frage, ob ein Leistungsanspruch gemÃ¤Ã der Ã¤rztlichen Verordnung besteht, lediglich vorab einer KlÃ¤rung zu, dies zudem nur in FÃ¤llen planbarer Behandlungen in Form der stationÃ¤ren Schmerztherapie, bei denen begrÃ¼ndete Zweifel an der Erforderlichkeit stationÃ¤rer Krankenhausbehandlung bestehen. Im Hinblick auf das Letztentscheidungsrecht der Krankenkasse ist auch eine Verlagerung des Haftungsrisikos bei unberechtigter Leistungsablehnung nicht erkennbar.

Â

Auch vermag der Senat die Bedenken der Beklagten hinsichtlich des Regelungsumfanges einer Bewilligungsentscheidung gegenÃ¼ber dem Versicherten nicht zu teilen. Diese fÃ¼hrte zwar im VerhÃ¤ltnis zur KlÃ¤gerin dazu, dass die Beklagte mit Einwand der primÃ¤ren Fehlbelegung ausgeschlossen wÃ¤re. Die Dauer der stationÃ¤ren Behandlung wÃ¤re vom Regelungsumfang hingegen nicht erfasst. Auch die ErfÃ¼llung von OPS-Merkmalen bliebe einer nachgelagerten PrÃ¼fung zugÃ¤nglich. Zudem stehen derartige Bewilligungsentscheidungen unter dem (stillschweigenden) gesetzlichen Vorbehalt des jederzeitigen Widerrufs mit Wirkung fÃ¼r die Zukunft, weil der Anspruch auf Krankenhausbehandlung von dem Grundsatz geprÃ¤gt ist, dass die BehandlungsmaÃnahmen dem jeweiligen Bedarf anzupassen und daher stets abhÃ¤ngig von den aktuellen VerhÃ¤ltnissen, von dem gegenwÃ¤rtigen Krankheitszustand sowie den gegenwÃ¤rtigen BehandlungsmÃ¶glichkeiten sind (Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., Â§Â 39 Rn. 170).

Â

3. Die Kostenentscheidung folgt aus Â§Â 197a Abs. 1 SatzÂ 1 SGG i.V.m. Â§Â 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Â

4. Die Revision war wegen grundsÃ¤tzlicher Bedeutung der Angelegenheit zuzulassen,
Â§Â 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG.

Erstellt am: 12.08.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024