

S 23 KR 995/24

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
SG Altenburg (FST)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
23
1. Instanz
SG Altenburg (FST)
Aktenzeichen
S 23 KR 995/24
Datum
24.03.2025
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Grundvoraussetzung der Fälligkeit eines entstandenen Anspruchs auf Vergütung von Krankenhausbehandlung eines Versicherten ist eine formal ordnungsgemäße Abrechnung. Eine 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 [§ 301 SGB V](#) sowie ggf. ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen (u. a. BSG, Urteil vom 21. April 2015 - [B 1 KR 10/15 R](#)).

2. Nach den Regelungen des § 8 AOP-Vertrag 2023 ist die stationäre Erbringung regelhaft ambulant erbringbarer Leistungen nicht auf Fälle beschränkt, in denen allgemeine Kontextfaktoren nach § 8 Abs. 1, 2 AOP-Vertrag 2023 iVm der Anlage 2 des AOP-Vertrages erfüllt sind. Alternativ ist nach § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag 2023 eine fallindividuelle Begründung der Notwendigkeit stationärer Behandlung (weiterhin) möglich, wenn individuelle Kontextfaktoren eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit begründen.

3. Welchen Inhalt und Umfang eine fallindividuelle Darstellung der Gründe der stationären Durchführung einer regelhaft ambulant erbringbaren Leistung im Sinne von § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag 2023 haben muss, wird durch die Regelung selbst nicht konkretisiert. Zu fordern ist, eine substantiierte medizinische Begründung, die einzelfallbezogene patientenindividuelle Gründe für die vom Regelfall abweichende stationäre Leistungserbringung aufzeigt.

4. Wenn sich der Grund für eine stationäre Aufnahme gerade aus der Überwachungsbedürftigkeit der übermittelten Nebendiagnosen ergibt, dann ist es zutreffend und ausreichend, wenn ein Krankenhaus dies als individuelle medizinische Begründung im Sinne von § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag 2023 vorträgt.

5. Eine ausführlichere Darlegung und Beschreibung des Behandlungsfalles, etwa unter Mitteilung detaillierter (Vor-) Befunderhebungen, Laborbefunde, Beschreibungen des Krankheitsverlaufs, etc. kann auf der Grundlage von § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag 2023 zur Beurteilung der stationären Behandlungsbedürftigkeit auf der ersten Ebene einer Rechnungsprüfung vor dem Hintergrund, dass die Krankenkassen selbst aus datenschutzrechtlichen Gründen nur restriktiv und deshalb nur die in [§ 301 SGB V](#) genannten Daten übermittelt erhalten sollen, nicht gefordert werden.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2.502,81 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 12. August 2023 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert wird auf 2.502,81 Euro festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung. Im Besonderen steht in Streit, ob das Krankenhaus seinen Informationsobliegenheiten nachgekommen und die Krankenhausabrechnung fällig geworden ist.

Die Klägerin ist Trägerin der Waldkliniken in E, einem nach [§ 108](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhauses. Am 20. Juli 2023 wurde die bei der Beklagten in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte K, geb. 1970, stationär zur operativen

Versorgung des rechten Knies aufgenommen. Am Aufnahmetag wurde eine arthroskopische Gelenkoperation am rechten Knie durchgeführt. Am 21. Juli 2023 wurde die Patientin entlassen.

Die Klägerin berechnete der Beklagten für die stationäre Behandlung insgesamt 2.502,81 Euro (Rechnung vom 2. August 2023) unter der DRG (Diagnosis related group) I27E: Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag. Die Kodierung wies die Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 5-859.28 (Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln; Resektion des Ganglions; Oberschenkel und Knie), 5-812.eh:R (Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken; Knorpelglättung; Kniegelenk) und 5-810.0h:R (Arthroskopische Gelenkoperation; Gelenkspülung; Kniegelenk) aus. Als Hauptdiagnose wurde M67.45:R (Ganglion: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]) und als Nebendiagnosen wurden M94.86:R (Sonstige näher bezeichnete Knorpelkrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]), I10.90 (Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet) sowie F32.9 (Depressive Episode, nicht näher bezeichnet) kodiert.

Per Datenträgeraustausch (DTA) bat die Beklagte am 7. August 2023 um Übermittlung einer medizinischen Begründung für die vollstationäre Behandlung. Die abgerechneten Leistungen seien in der Regel ambulant durchführbar. Daraufhin teilte die Klägerin mit DTA-Nachricht vom gleichen Tag mit, „Patient mit besonders überwachungspflichtigen Behandlungen: Depression und Bluthochdruck mit Gefahr der Entgleisung“.

Die Beklagte wies die Rechnung mit der Begründung, es seien keine medizinischen Gründe vorgetragen worden, die eine vollstationäre Leistungserbringung und Abrechnung rechtfertigten, weiter zurück. Eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) leitete sie nicht ein. Zahlungen leistete sie nicht.

Am 30. August 2024 erhob die Klägerin die vorliegende Klage.

Die Klägerin trägt vor, sie habe Anspruch auf Zahlung des geltend gemachten Gesamtbetrages. Die der Beklagten vorgelegte Abrechnung genüge den Anforderungen des [§ 301 SGB V](#). Die medizinische Notwendigkeit der vollstationären Behandlung der Patientin resultiere aus den überwachungspflichtigen Nebendiagnosen. Insbesondere bei der Nebendiagnose des Bluthochdrucks (I10.90) habe die Gefahr einer Entgleisung bestanden. Die nach [§ 301 SGB V](#) notwendigen Informationen zum Grund der stationären Aufnahme seien fallindividuell schon in der Schlussrechnung samt Entlassungsdatensatz vom 2. August 2023 und sodann nochmals in der MBEG vom 7. August 2023 der Beklagten mitgeteilt worden. Es habe sich um eine konkrete und substantiierte Begründung gehandelt, warum postoperative Risiken vorgelegen haben und mithin wiederum medizinische Gründe die die stationäre Behandlung zugelassen haben. Sie sei allen Mitteilungspflichten nachgekommen. Damit sei die Rechnung zur Zahlung fällig.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.502,81 € nebst Zinsen hieraus seit dem 12. August 2023 in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie macht geltend, der streitgegenständliche Vergütungsanspruch sei aufgrund einer formal fehlerhaften Abrechnung nicht fällig geworden. Am Aufnahmetag sei eine Kniegelenkoperation durchgeführt worden, welche mit den OPS 5-812.eh, 5-810.0h und 5859.28 abgebildet worden sei. Dabei habe es sich um eine Intervention gehandelt, die mit der Kategorie 1 angegeben sei und grundsätzlich ambulant zu erfolgen hätte. Die Klägerin habe es jedoch unterlassen, die nach dem AOP-Vertrag 2023 zwingend erforderliche Übermittlung von Kontextfaktoren vorzunehmen bzw. abweichende medizinische oder soziale Gründe fallindividuell mitzuteilen, aufgrund derer die Versorgung der Versicherten in der Häuslichkeit unter Gefährdung des medizinischen Behandlungserfolges nicht habe sichergestellt werden können. Inhaltlich habe es sich bei der Mitteilung der Klägerin vom 7. August 2023 lediglich um die Wiederholung der kodierten Nebendiagnosen gehandelt. Anhand der gemeldeten Daten habe die Notwendigkeit der stationären Behandlung und die Notwendigkeit der Beauftragung des MD nicht abschließend beurteilt werden können. Unstreitig hätten hier keine Kontextfaktoren nach § 8 des AOP-Vertrages 2023 vorgelegen, die eine stationäre Durchführung der Leistung rechtfertigten. Wenn allein Hypertonie und Depressionen einen ambulant möglichen Eingriff unter stationären Bedingungen rechtfertigten würden, wären diese als Kontextfaktoren in die Anlage 1 des AOP-Vertrages aufgenommen worden. So sei es aber nicht. Die schlichte Aufzählung der Nebendiagnosen stelle eine bloße formelhafte und unsubstantiierte Mitteilung dar, die die Anforderung einer hinreichend individuellen Begründung nicht erfüllen könne. Zudem lasse sich daraus nicht ableiten, warum aufgrund von Bluthochdruck oder Depressionen der Behandlungserfolg durch mangelnde Versorgung in der Häuslichkeit nicht habe gewährleistet werden können. Im Ergebnis habe die Klägerin, unter Verstoß gegen die Informationspflichten nach [§ 301 SGB V](#), die Frage nach dem Grund der stationären Aufnahme nicht ausreichend beantwortet und keine fallindividuelle Begründung gegeben. Die Rechnung sei daher nicht fällig geworden und sie nicht zur Zahlung verpflichtet.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Sitzungsniederschrift der mündlichen Verhandlung vom 24. März 2025, den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist begründet.

Die Klägerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) die richtige Klageart gewählt. Die Klage eines Krankenhausträgers - wie der Klägerin - auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse - wie die Beklagte - ist ein sog. Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (st. Respr. BSG, vgl. nur BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 - [B 1 KR 24/08 R](#)). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch konkret beziffert. Dies gilt gleichermaßen für den geltend gemachten Zinsanspruch. Insoweit reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz.

Die Durchführung eines Erörterungsverfahrens nach § 17c Abs. 2b KHG war hier nicht Voraussetzung für eine zulässige Klageerhebung, weil

der Klage kein Prüfverfahren des MD nach [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) vorausgegangen ist.

In der Sache hat die Klage vollumfänglich Erfolg.

Der Klägerin steht der geltend gemachte Vergütungsanspruch für die erbrachten Leistungen der stationären Krankenhausbehandlung zu.

Rechtsgrundlage des von der Klägerin geltend gemachten Vergütungsanspruchs aus der stationären Behandlung der Versicherten ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) iVm. §§ 7, 9 und 11 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen - Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) iVm. der für das Behandlungsjahr geltenden Fallpauschalenvereinbarung (FPV) und dem Fallpauschalen-Katalog der jeweils anwendbaren G-DRG-Version. Der Vergütungsanspruch wird in seiner Höhe auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge/Fallpauschalenverordnungen) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelten oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbarten sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den Fallpauschalenvereinbarungen auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntG (hier: FPV 2023).

Die Klägerin erfüllte die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie die Versicherte vom 20. bis 21. Juli 2023 stationär behandelte. Nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn - wie hier - die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)) durchgeführt wird und iSd [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist.

Im Hinblick auf die Frage, ob die von der Klägerin erbrachte stationäre Leistung iSd [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich war, d. h. in dem konkreten Behandlungsfall aufgrund patientenspezifischer Umstände die Leistungen ambulant hätten erbracht werden können, scheiden weitere Ermittlungen von Amts wegen vorliegend aus, weil die Beklagte die Frist nach [§ 275c Abs. 1 SGB V](#) (in der ab 1. Januar 2020 geltenden Fassung) zur Einleitung eines Prüfverfahrens durch den MD fruchtlos hat verstreichen lassen (vgl. BSG, Urteil vom 21. März 2013 - [B 3 KR 28/12 R](#), Urteil vom 16. Mai 2012 - [B 3 KR 14/11 R](#)).

Die Klägerin berechnete für die im Zeitraum 20. bis 21. Juli 2023 erbrachten stationären Leistungen aufgrund der DRG I27E eine Vergütung von insgesamt 2.502,81 Euro, die sie der Beklagten datierend auf den 2. August 2023 in Rechnung stellte. Umstände, die darauf hindeuten, dass die Berechnung der Vergütung der Höhe nach fehlerhaft sein könnte, liegen nicht vor.

Entgegen der Ansicht der Beklagten ist der Vergütungsanspruch der Klägerin aus der Rechnung vom 2. August 2023 fällig geworden. Die Klägerin ist ihren Informations- und Mitwirkungspflichten hinreichend nachgekommen.

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG bestehen die wechselseitigen Auskunfts-, Prüf- und Mitwirkungspflichten zwischen Krankenhäusern, Krankenkassen und MD auf drei Ebenen: Auf der ersten Stufe sind zwingend zunächst die Angaben nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) zu machen. Hiernach ist das Krankenhaus verpflichtet, der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung die wesentlichen Aufnahme- und Behandlungsdaten zu übermitteln. Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist abschließend und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung von Versicherten auf jeden Fall zu übermitteln sind; darunter findet sich auch - hier von besonderem Belang - gemäß [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) der "Grund der Aufnahme". Erschließen sich aufgrund dessen oder eines landesvertraglich vorgesehenen Kurzberichts die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten Mitarbeitern der Krankenkasse nicht selbst, hat diese auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) einzuleiten und beim MD eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen, die auf der Grundlage der vom Krankenhaus der Krankenkasse zur Verfügung gestellten Unterlagen - also insbesondere den Angaben nach [§ 301 SGB V](#) - sowie ggf. mit vom Versicherten überlassenen Unterlagen zu erstellen ist. Lässt sich auch unter Auswertung dieser Sozialdaten ein abschließendes Ergebnis nicht finden, so hat das Krankenhaus schließlich auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung auf eine von der Krankenkasse nach [§ 275c Abs. 1 SGB V](#) (in der ab 1. Januar 2020 geltenden Fassung) ordnungsgemäß eingeleitete Prüfung dem MD gemäß [§ 276 Abs. 2 Satz 1 Halbs. 2 SGB V](#) auch alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Prüfanfrage der Krankenkasse benötigt werden. Auf dieser Grundlage ist der MD ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten beim Krankenhaus anzufordern; das Krankenhaus ist zu deren Vorlage verpflichtet, weil in einem solchen Fall allein durch die Angaben gemäß [§ 301 SGB V](#) und einen etwaigen Kurzbericht eine zuverlässige Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit oder anderer Fragen der Abrechnung nicht möglich ist (ständige Respr., vgl. BSG, Urteil vom 15. Mai 2013 - [B 3 KR 32/12 R](#), BSG, Urteil vom 21. März 2013 - [B 3 KR 28/12 R](#); vgl. auch BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 - [B 3 KR 14/11 R](#)).

Grundvoraussetzung der Fälligkeit eines entstandenen Anspruchs auf Vergütung von Krankenhausbehandlung eines Versicherten ist - auf der ersten Prüfungsebene - eine formal ordnungsgemäße Abrechnung. Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt eine ordnungsgemäße Information der Krankenkasse über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und -pflichten voraus, insbesondere aus [§ 301 SGB V](#) sowie ggf. ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen (vgl. BSG, Urteil vom 21. April 2015 - [B 1 KR 10/15 R](#), BSG, Urteil vom 21. März 2013 - [B 3 KR 28/12 R](#), BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 - [B 3 KR 14/11 R](#), LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 1. Februar 2023 - [L 10 KR 297/21 KH](#)).

Auf der Grundlage von [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) haben die Krankenhäuser den Krankenkassen - auf der ersten Prüfungsebene - alle notwendigen Angaben zur Verfügung zu stellen, die diese insbesondere zur ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötigen. Zur gebotenen Information gehört, dass das Krankenhaus in Fällen, in denen regelhaft ambulante Behandlung ausreichend ist, nicht nur eine Aufnahmediagnose benennt, die 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 gemäß [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#), die eine Krankenkasse für die ordnungsgemäße Abrechnungsprüfung benötigt (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 - [B 1 KR 26/14 R](#), BSG, Urteil vom 21. April 2015 - [B 1 KR 10/15 R](#), BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 - [B 1 KR 27/13 R](#)). Lassen weder die übermittelte Hauptdiagnose noch die OPS-Nr. 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 (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juni

2015 – [B 1 KR 26/14 R](#), BSG, BSG, Urteil vom 21. April 2015 – [B 1 KR 10/15 R](#)).

Von einer regelhaft ambulanten Behandlung, die weitergehende Angaben erfordert, kann ausgegangen werden, wenn die in Frage stehende Leistung bzw. der diese beschreibende OPS normativ, d. h. durch Rechtsvorschriften, Normverträge etc., dem Bereich der ambulanten Versorgung zugewiesen ist (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 1. Februar 2023 – [L 10 KR 297/21 KH](#)). Das ist z. B. gegeben, wenn eine Leistung im Katalog des auf der Grundlage von [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) geschlossenen AOP-Vertrages oder in der Anlage I zur Richtlinie des G-BA „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ abgebildet ist (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 – [B 1 KR 26/14 R](#), BSG, Urteil vom 21. März 2013 – [B 3 KR 28/12 R](#), BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – [B 3 KR 14/11 R](#), LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 16. August 2023 – [L 10 KR 941/21 KH](#); SG Altenburg, Urteil vom 18. März 2024 – [S 23 KR 1119/22](#)).

Unstreitig war die Klägerin hier verpflichtet, außerhalb eines Prüfverfahrens nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), zur Begründung der Fälligkeit der Rechnung vom 2. August 2023 weitergehende Informationen zum „Grund der Aufnahme“ gemäß [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) an die Beklagte zu übermitteln. Bei den nach OPS 5-859.28, 5-812.eh:R und 5-810.0h:R erbrachten Leistungen handelte es sich im Leistungszeitpunkt um solche, die „regelhaft ambulant“ erbracht werden. Alle drei OPS sind in Anlage 1 zum AOP-Vertrag 2023 nach [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) in Abschnitt 1 abgebildet. Auch unter Berücksichtigung der übermittelten Hauptdiagnose M67.45:R (Ganglion: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]) liegt der Schluss darauf, dass die Behandlung der Patientin im vorliegenden Fall stationär erfolgen musste, nicht nahe.

Die Klägerin hat der Beklagten mit dem Rechnungsdatensatz neben den erbrachten OPS und der Hauptdiagnose auch mehrere Nebendiagnosen übermittelt sowie auf diese und die daraus resultierende stationäre Überwachungsbedürftigkeit der Patientin zur Begründung der Notwendigkeit der stationären Behandlung verwiesen. Entgegen der Ansicht der Beklagten ist die Klägerin mit Übermittlung der Daten im Rechnungsdatensatz sowie der ergänzenden MEBG vom 7. August 2023, auch unter Berücksichtigung der Vorgaben von § 8 AOP-Vertrag 2023, ihren Informationspflichten hinreichend nachgekommen.

[§ 115b Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) (in der ab 23. Mai 2020 geltenden Fassung) sieht vor, dass in der Vereinbarung nach [§ 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) (AOP-Vertrag) auch allgemeine Tatbestände zu bestimmen sind, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung einer in der Regel ambulant zu erbringenden Leistung erforderlich sein kann. Der ab 1. Januar 2023 gültige AOP-Vertrag 2023 (im Folgenden AOP-Vertrag) beinhaltet in seinem § 8 erstmals derartige Regelungen, die die vorherigen G-AEP-Kriterien ablösen.

Nach § 8 Abs. 1 Satz 1 AOP-Vertrag sind allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß [§ 115b Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) erforderlich sein kann (Kontextfaktoren), der Anlage 2 des AOP-Vertrages zu entnehmen. Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von Leistungen nach § 3 des AOP-Vertrags, die regelhaft ambulant erbracht werden können (§ 8 Abs. 1 Satz 2 AOP-Vertrag). Das Vorliegen eines Kontextfaktors ist ausreichend für die Begründung einer stationären Durchführung einer Leistung nach § 3 des AOP-Vertrages (§ 8 Abs. 1 Satz 3 AOP-Vertrag). Nach § 8 Abs. 2 Satz 1 AOP-Vertrag sind die Kontextfaktoren vom Krankenhaus zu dokumentieren und im Rahmen der Abrechnung eines vollstationären Krankenhauses nach [§ 301 SGB V](#) zu übermitteln. Das Vorliegen und die Übermittlung eines Kontextfaktors bewirken, dass im Allgemeinen von der Begründung der Notwendigkeit der stationären Durchführung einer regelhaft ambulant erbringbaren Leistung ausgegangen werden kann. Es bedarf dann keiner weiteren individuellen medizinischen Begründung zur Bewirkung der Fälligkeit einer Vergütungsrechnung.

In dem vorliegenden Behandlungsfall hat die Klägerin keinen allgemeinen Kontextfaktor im Sinne von § 8 Abs. 1, 2 AOP-Vertrag mitgeteilt. Es ist auch - darüber besteht zwischen den Beteiligten kein Streit - keiner der in Anlage 2 zu dem AOP-Vertrag genannten Kontextfaktoren einschlägig.

Nach den Regelungen des § 8 AOP-Vertrag ist die stationäre Erbringung regelhaft ambulant erbringbarer Leistungen auch nicht auf Fälle beschränkt, in denen allgemeine Kontextfaktoren nach § 8 Abs. 1, 2 AOP-Vertrag iVm der Anlage 2 des AOP-Vertrages erfüllt sind. Alternativ ist nach § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag eine fallindividuelle Begründung der Notwendigkeit stationärer Behandlung (weiterhin) möglich, wenn fallindividuelle Kontextfaktoren eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit begründen. § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag sieht hierzu vor: „Liegen abweichend von den in Anlage 2 genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe vor, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 fallindividuell darzustellen.“

§ 8 Abs. 3 AOP-Vertrag trägt dem Umstand Rechnung, dass die in Anlage 2 des AOP-Vertrags genannten allgemeinen Kontextfaktoren ausreichen, um eine stationäre Leistungserbringung zu begründen, im Einzelfall aber auch ohne das Vorliegen eines allgemeinen Kontextfaktors - alternativ - individuelle patientenbezogene Faktoren vorliegen können, die zur Notwendigkeit einer stationären Behandlung führen.

Hier hat die Klägerin als Grund für die stationäre Aufnahme auf die Nebendiagnosen I10.90 (Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet) und F32.9 (Depressive Episode, nicht näher bezeichnet) verwiesen. In der MEBG vom 7. August 2023 hat sie zudem mitgeteilt, dass es sich um eine Patientin mit besonders überwachungspflichtiger Behandlung bei Depressionen und Bluthochdruck mit Gefahr der Entgleisung gehandelt hat. Nach Überzeugung der Kammer genügt diese medizinische Begründung hier - auf der ersten Prüfungsebene - für den naheliegenden Schluss, einer stationären Behandlungsbedürftigkeit. Die Nebendiagnose F32.9 (Depressive Episode, nicht näher bezeichnet) deutet auf mögliche psychische Komplikationen im Umfeld des operativen Eingriffes hin. Die Nebendiagnose I10.90 (Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet) weist, zusammen mit dem Hinweis auf die Gefahr der Entgleisung, auf einen bestehenden Bluthochdruck hin, der sich während und/oder nach der Operation unvermittelt pathologisch verändern und eine sofortige medizinische Intervention erforderlich machen kann. Sowohl die postoperative Kontrolle der psychischen Verfassung einer einschlägig vorbelasteten Patientin als auch die Kontrolle des Blut(hoch)druckes bei bestehender Gefahr der Entgleisung, kann nur durch fachlich geschultes Personal im Krankenhaus sichergestellt werden. Nur dort können insofern eintretende Veränderungen im Gesundheitszustand sofort erkannt, festgestellt und diesen zeitnah medizinisch fachgerecht entgegengewirkt werden. Eine gleiche Überwachung und Versorgung in der Häuslichkeit ist ohne die Anwesenheit medizinisch geschulten Personals nicht möglich, so dass im vorliegenden Fall eine ambulante Behandlung mit Entlassung der Patientin in die Häuslichkeit den Behandlungserfolg insgesamt hätte gefährden können.

Entgegen der Ansicht der Beklagten hat die Klägerin ihre medizinischen Gründe für die stationäre Aufnahme der Patientin in der Zeit vom 20. bis 21. Juli 2023 ausreichend fallindividuell dargestellt. Welchen Inhalt und Umfang eine fallindividuelle Darstellung der Gründe der

stationären Durchführung einer regelhaft ambulant erbringbaren Leistung im Sinne von § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag haben muss, wird durch die Regelung selbst nicht konkretisiert. Zu fordern ist, eine substantiierte medizinische Begründung, die einzelfallbezogene patientenindividuelle Gründe für die vom Regelfall abweichende stationäre Leistungserbringung aufzeigt. Dem ist die Klägerin hier mit Verweis auf die bei der Patientin festgestellten Nebendiagnosen und die sich daraus ergebende besondere Überwachungsbedürftigkeit nachgekommen.

Sofern die Beklagte beanstandet hat, die Klägerin habe nicht fallindividuell begründet, sondern lediglich formelhaft die Nebendiagnosen wiederholt, kann die Kammer keinen Begründungsmangel erkennen. Die Nebendiagnosen wurden bei der Patientin individuell bezogen auf den konkreten Behandlungsfall (stationäre Behandlung vom 20. bis 21. Juli 2023) erhoben. Wenn sich - wie es hier die Klägerin darlegt - der Grund für eine stationäre Aufnahme gerade aus der Überwachungsbedürftigkeit der übermittelten Nebendiagnosen ergibt, dann ist es auch zutreffend und ausreichend, wenn ein Krankenhaus dies als individuelle medizinische Begründung im Sinne von § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag vorträgt.

Die Nebendiagnosen F32.9 (Depressive Episode, nicht näher bezeichnet) und I10.90 (Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet) scheiden vorliegend auch nicht deshalb als Begründungselemente für die stationäre Leistungserbringung aus, weil sie nicht als allgemeine Kontextfaktoren Einfluss in Anlage 2 des AOP-Vertrages gefunden haben bzw. häufig vorkommen und nicht in jedem Fall eine stationäre Aufnahme rechtfertigen. Wie bereits ausgeführt, sieht § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag eine individuelle Begründung für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung gerade als Alternative zu den Fällen vor, in denen wegen des Vorliegens eines allgemeinen Kontextfaktors nach Anlage 2 des AOP-Vertrages von der Begründung einer stationären Durchführung von Leistungen nach § 3 des AOP-Vertrags ausgegangen werden kann. Einschränkungen in Bezug auf die individuelle medizinische Begründung nach § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag lassen sich der Vorschrift nicht entnehmen. Der Beklagten ist zwar zuzustimmen, dass es sich im Besonderen bei Bluthochdruck um eine häufig auftretende (Begleit-) Erkrankung handelt, die in einer Vielzahl von Fällen ambulante operative Eingriffe nicht ausschließt. Dennoch kann der individuelle Erkrankungsverlauf eines Patienten die medizinische Einschätzung stützen, dass in diesem Fall eine stationäre Leistungserbringung angezeigt ist, z. B. weil die konkrete Gefahr einer Entgleisung des Blut(hoch)druckes im Zusammenhang mit dem operativen Eingriff besteht. Insofern genügt es für die Schlüssigkeit einer medizinisch begründeten stationären Aufnahme auch, dass „nur“ die Gefahr einer Entgleisung des Blut(hoch)druckes besteht und nicht bereits ein entgleister Bluthochdruck diagnostiziert wurde. Eine plötzlich eintretende hypertensive Krise kann sich zu einem hypertensiven Notfall ausdehnen, in dessen Folge es zu Organschäden und im Einzelfall zu lebensbedrohlichen Zuständen kommen kann. Die konkrete Gefahr einer Entgleisung des Blut(hoch)druckes kann somit Anlass für eine stationäre Überwachung sein, um sofort medizinische Veranlassungen treffen zu können, sollte sich die Gefahr tatsächlich realisieren. Gleichsam wird nicht jeder Patient mit einer depressiven Grunderkrankung zur Durchführung eines regelhaft ambulant möglichen operativen Eingriffs einer stationären Aufnahme bedürfen. Im Einzelfall kann sich jedoch auch insofern ein besonderer Überwachungsbedarf im Hinblick auf eine mögliche psychische Dekompensation (z. B. plötzliche Verschlechterung der Depression, Angst- und Panikattacken) ergeben.

Dass die Klägerin sich hier zur Begründung der stationären Aufnahme auf die Gefahr der Entgleisung des Bluthochdruckes bei der Patientin sowie den Verweis auf die Überwachungsbedürftigkeit bei Depressionen beschränkt hat, begegnet keinen grundlegenden Bedenken. Eine ausführlichere Darlegung und Beschreibung des Behandlungsfalles, etwa unter Mitteilung detaillierter (Vor-) Befunderhebungen, Laborbefunde, Beschreibungen des Krankheitsverlaufs, etc. kann auf der Grundlage von § 8 Abs. 3 AOP-Vertrag zur Beurteilung der stationären Behandlungsbedürftigkeit auf der ersten Ebene einer Rechnungsprüfung vor dem Hintergrund, dass die Krankenkassen selbst aus datenschutzrechtlichen Gründen nur restriktiv und deshalb nur die in [§ 301 SGB V](#) genannten Daten übermittelt erhalten sollen, nicht gefordert werden. Die Beklagte konnte daher nicht erwarten, dass die Klägerin ihr bei der Patientin erhobene Blutdruckwerte, Aussagen aus Vorbefunden, Details zur psychischen Verfassung oder sonstige Einzelheiten zum Krankheitsverlauf übermittelt, damit die nicht medizinisch geschulten Mitarbeiter bereits auf der ersten Prüfungsebene die Notwendigkeit der stationären Aufnahme tiefgründig prüfen bzw. sich davon überzeugen können. Die auf der Grundlage von [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) zu übermittelnden Daten sollen (wie bereits ausgeführt) die Krankenkasse lediglich in die Lage versetzen, eine grundsätzliche Einschätzung hinsichtlich der Erforderlichkeit der stationären Behandlung auf erster Prüfungsebene vorzunehmen. In diesem Sinne erscheint es hier schlüssig, dass eine nebendiagnostisch gesicherte Depression und ein Bluthochdruck mit der Gefahr der Entgleisung eine stationäre Krankenhausbehandlung bei einer Leistung notwendig machen, die sonst regelhaft ambulant erbracht wird. Ob die vom Krankenhaus vorgetragene medizinische Begründung im konkreten Behandlungsfall medizinisch richtig ist und durch vorliegende Befunde und medizinische Unterlagen getragen wird, hätte die Beklagte nur im Rahmen eines Prüfverfahrens nach [§ 275 Abs. 1 SGB V](#) ermitteln können. Ein solches hat sie jedoch nicht veranlasst.

Im Ergebnis erweist sich somit die Forderung der Beklagten nach weiteren Angaben zum „Grund der Aufnahme“ als Voraussetzung für eine formal ordnungsgemäße Abrechnung als unbegründet. Der mit Rechnung vom 2. August 2023 liquidierte Vergütungsanspruch der Klägerin ist fällig geworden. Damit war der Klage in der Hauptsache einschließlich des geltend gemachten Zinsanspruchs vollumfänglich stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit [§§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören und die Beklagte die unterliegende Partei des Rechtsstreits ist.

Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit dem Gerichtskostengesetz (GKG). Da der Klageantrag auf eine bezifferte Geldleistung gerichtet war, ist deren Höhe maßgeblich ([§ 52 Abs. 3 GKG](#)).

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-06-16