S 23 KR 1119/22

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
SG Altenburg (FST)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
23
1. Instanz
SG Altenburg (FST)
Aktenzeichen
S 23 KR 1119/22
Datum
18.03.2024
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. Im Fall einer nicht regelhaft ambulant zu erbringenden Leistung begründet allein der Umstand, dass ein Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) der abgerechneten stationären Versorgung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als „auch ambulant“ abrechenbar abgebildet ist, keine Verpflichtung des Krankenhauses zu weitergehenden Informationen nach § 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V zum „Grund der Aufnahme“ außerhalb eines Prüfverfahrens nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2.907,56 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 31. August 2018 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert wird auf 2.907,56 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 2. August 2018 wurde der bei der Beklagten in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte H, geb. 1967 dort stationär zur operativen Versorgung einer Hernia umbilicalis (Nabelhernie) aufgenommen. Die Operation wurde am 2. August 2018 durchgeführt. Am 4. August 2018 wurde der Patient entlassen.

Die Klägerin berechnete der Beklagten für die stationäre Behandlung insgesamt 2.907,56 Euro (Rechnung vom 16. August 2018) unter der DRG (Diagnosis related group) G24C: Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff. Die Kodierung weist die Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 5-534.35 (Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: offen chirurgisch, mit Sublay-Technik) und OPS 5-932.11 (Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 10 cm² bis unter 50 cm²) aus. Als Hauptdiagnose wurde K42.0 (Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän) und als Nebendiagnose I10.90 (Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise) kodiert.

Die Beklagte teilte der Klägerin per Datenträgeraustausch (DTA) am 21. August 2018 mit, die durchgeführten Prozeduren seien dem ambulanten Bereich zugeordnet. Für eine mögliche Vergütung seien erst maßgebliche Gründe für eine stationäre Erbringung zu übermitteln.

Die Klägerin antwortete hierauf am 21. August 2018 (ebenfalls per DTA), das BSG fordere die Angabe eines „Grundes der Aufnahme“ für alle

potentiell ambulant zu erbringenden Leistungen. Das seien neben den Leistungen nach § 115b SGB V (AOP-Vertrag) alle durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ vom 17. Januar 2006 in Anlage I definierten Leistungen. Im konkreten Fall seien Leistungen nach OPS 5-534.35 erbracht worden, die nicht zu den im AOP-Vertrag genannten gehören. Der AOP-Katalog weise nur die OPS 5-534.31 und OPS 5-534.34 aus. Entsprechend bestehe keine gesonderte Begründungspflicht. Die Prüfung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung in einem solchen Fall sei ausschließlich dem MD vorbehalten.

Am 27. August 2018 teilte die Beklagte per DTA der Klägerin mit, ihre MBEG (medizinische Begründung) enthalte keine Informationen, weshalb eine Prozedur aus dem ambulanten Bereich stationär durgeführt wurde.

Die Klägerin erwiderte am 11. September 2018, die Prozedur 5-534.35 sei kein Bestandteil des Kataloges „Ambulantes Operieren“ und damit nicht dem ambulanten Bereich zuzuordnen. Einer gesonderten Begründung für die stationäre Durchführung bedürfe es nicht.

Datierend auf den 6. Oktober 2021 mahnte die Klägerin die Bezahlung der Rechnung vom 16. August 2018 erneut an. Die Beklagte wies die Rechnung zurück. Eine Zahlung erfolgte nicht.

Am 17. November 2022 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 erbrachte Leistung des OPS 5-534.35 sei nicht regelhaft ambulant zu erbringen. Daher sei die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung nicht weiter zu begründen, als dies bereits aus dem Datensatz nach § 301 SGB V hervorgehe. Leistungen, die regelhaft ambulant zu erbringen sind und nur mit einer besonderen Begründung im stationären Setting erbracht werden dürfen, fänden sich im AOP-Katalog und in der Anlage I zur Richtlinie des G-BA „Methoden vertragsärztliche Versorgung.“ Bei den dort jeweils genannten und definierten Leistungen handele es sich um eine abschließende Aufzählung. Die Beklagte sei nicht berechtigt, den Umfang dieser Aufzählung nach eigenem Ermessen zu erweitern. Die von ihr erbrachte Leistung sei weder im AOP-Katalog noch in der Anlage I der Richtlinie verzeichnet. Damit sei sie nicht regelhaft ambulant zu erbringen, sondern stelle eine Leistung aus dem Spektrum der stationären Leistungen dar. Der Beklagten hätte es freigestanden, die Abrechnung selbst zu prüfen und bei Zweifeln am medizinischen Sachverhalt die Abrechnung durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen. Die wiederholte Aufforderung der Beklagten, weitere Patientendaten ohne Begründung außerhalb eines Prüfverfahrens nach § 275 SGB V zu übermitteln, entbehre einer rechtlichen Grundlage. Eine inhaltliche Prüfung durch den MD sei nicht veranlasst worden, die Prüffrist abgelaufen. Damit sei die Rechnung zur Zahlung fällig.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.907,56 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 31. August 2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie macht geltend, der streitgegenständliche Vergütungsanspruch sei aufgrund einer formal fehlerhaften Abrechnung nicht fällig geworden. Die Klägerin habe ihren Mitwirkungspflichten nicht entsprochen. Ein Vergütungsanspruch bestehe bei dieser Sach- und Rechtslage nicht. Zu den zu übermittelnden Daten gehöre nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V auch der „Grund der Aufnahme“. Sind die Angaben des Krankenhauses unvollständig, dürfe die Krankenkasse bei Zweifeln oder Unklarheiten durch nicht-medizinische Nachfragen klären, ob die Voraussetzungen der Zahlungspflicht gegeben sind. Das sei vorliegend geschehen, weil die Daten lediglich den OPS 5-534.35 enthielten und dieser im Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) als ambulante Leistung gelistet sei. Es sei daher nicht ersichtlich gewesen, warum es im streitigen Behandlungsfall einen Grund zur vollstationären Behandlung gegeben haben sollte bzw. eine ambulante Behandlung nicht ausreichend gewesen wäre. Bei der von der Klägerin erbrachten Leistung handele sich – wie der EBM zeige – um eine auch ambulant durchführbare Behandlung, so dass die Nachfrage nach dem Grund der Aufnahme berechtigt sei. Eine Beschränkung der Begründungspflicht auf Leistungen, die im AOP-Katalog oder der Anlage I der G-BA Richtlinie „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ gelistet sind, ergebe sich aus der Rechtsprechung des BSG nicht. Die Klägerin habe die Angabe zum „Grund der Aufnahme“ verweigert, so dass mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung keine Fälligkeit der abgerechneten Forderung eingetreten sei.

Die Klägerin trägt ergänzend vor, der Bezug der Beklagten auf den EBM gehe fehl. Der EBM stelle lediglich eine Regelung für die Abrechnung von ambulanten Leistungen dar. Aus dem EBM ergebe sich nicht, ob eine Leistung regelhaft ambulant zu erbringen sei. Im Anhang 2 des EBM seien hunderte OPS-Kodes aufgeführt, welche offensichtlich nicht ambulant erbracht werden können, wie z. B. eine Schädelöffnung (OPS 5-010) oder eine Totale Resektion des Dickdarmes (OPS 5-456). Aus § 3 Abs. 1 des Vertrages nach § 115b SGB V (AOP-Vertrag) gehe hervor, dass in dessen Anlage abschließend diejenigen Leistungen aufgeführt sind, welche durch ein Krankenhaus ambulant erbringbare Operationen und stationsersetzende Eingriffe gem. § 115b SGB V sind. § 3 Abs. 2 des AOP-Vertrages regele, dass Eingriffe, welche in der Regel ambulant zu erbringen sind, in der Anlage (AOP-Katalog) gesondert gekennzeichnet sind. Zusätzlich fänden sich Methoden, die der vertragsärztlichen Behandlung unterliegen nur in der Anlage I zur G-BA Richtlinie „Methoden der Vertragsärztlichen Versorgung“. Allein die Beschreibung einer Leistung im EBM zum Zwecke der korrekten Abrechnung biete keine Grundlage zur Anforderung einer Begründung der stationären Erbringung einer nicht regelhaft ambulant zu erbringenden Leistung. Hinzu komme, dass sich aus dem EBM keine Berechtigung eines stationären Leistungserbringers zur Erbringung ambulanter Leistungen ergebe. Da sie die Leistung nach OPS 5-534.35 gar nicht habe ambulant erbringen dürfen, scheide eine „auch ambulant erbringbare Leistung“ von vornherein aus.

Die Beklagte trägt ergänzend vor, das BSG habe in seinen Urteilen darauf hingewiesen, dass die Krankenkasse sowohl dann das Recht besitze bei Unklarheiten über den Grund der Aufnahme nachzufragen, wenn es sich um eine regelhaft ambulant zu erbringende Leistung nach AOP-Vertrag oder Anlage I zur G-BA Richtlinie handele, als auch in den Fällen, in denen eine „auch ambulant“ durchführbare Behandlung im konkreten Fall als stationäre Leistung erbracht worden ist. Die von der Klägerin erbrachte Leistung sei im EBM aufgelistet und damit eine Erbringung „auch ambulant“ möglich und abrechnungsfähig. Dies reiche aus, um die Zulässigkeit einer Nachfrage zum Grund der Aufnahme zu begründen.

Das Gericht hat die Patientenakte der Klägerin und die Verwaltungsakte der Beklagten beigezogen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und die 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 auch konkret beziffert. Dies gilt gleichermaßen für den geltend gemachten Zinsanspruch. Insoweit reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz.

Die Klage hat in der Sache 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 des 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 (KHEntgG), 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 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG 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 KHEntgG (hier: FPV 2018).

Die Klägerin erfüllte die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie den Versicherten vom 2. bis 4. August 2018 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 auf Basis der beigezogenen Patientenakte vorliegend aus, weil die Beklagte die Frist nach § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V (in der bis 31. Dezember 2019 geltenden Fassung, ab 1. Januar 2020 neu geregelt in § 275c Abs. 1 SGB V) 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 2. bis 4. August 2018 erbrachten stationären Leistungen aufgrund der DRG G24C eine Vergütung von insgesamt 2.907,56 Euro, die sie der Beklagten datierend auf den 16. August 2018 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 16. August 2018 auch 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 § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V (in der bis 31. Dezember 2019 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).

Diesen Anforderungen ist die Klägerin gerecht geworden. Sie war in dem vorliegenden Fall nicht verpflichtet, außerhalb eines Prüfverfahrens nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V weitergehende Informationen zum „Grund der Aufnahme“ zu übermitteln. Bei der unter der Hauptdiagnose K42.0 (Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän) nach OPS 5-534.35 (Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: offen chirurgisch, mit Sublay-Technik) erbrachten Leistung handelte es sich nicht um eine solche, die „regelhaft ambulant“ erbracht wird und deshalb gemäß § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V weitergehende Angaben zum „Grund der Aufnahme“ erforderlich macht.

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 ambulanten Bereich 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 AOP-Katalog 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). Der hier konkret abgerechnete OPS 5-534.35 wird in keinem von beiden genannt. Darüber besteht zwischen den Beteiligten auch kein Streit.

Entgegen der Ansicht der Beklagten, genügt der Umstand, dass der von der Klägerin abgerechnete OPS 5-534.35 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), gültig für das 2. Quartal 2018, in der Anlage 2 unter Ziff. 2.16 „Operationen am Verdauungstrakt“ benannt ist, nicht, um der Klägerin außerhalb eines Prüfverfahrens nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V weitergehende Informationen abzuverlangen. Der von der Beklagten vertretenen Ansicht, dass § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V das Erfordernis weitergehender Angaben zum „Grund der Aufnahme“ immer auch dann auslöst, wenn es sich zwar nicht um eine nach AOP-Katalog oder Anlage I zur Richtlinie des G-BA „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ als „regelhaft ambulant“ zu erbringende Leistung, sondern um eine Leistung handelt, die aufgrund ihrer Benennung im EBM „auch ambulant“ erbracht und abgerechnet werden kann, kann sich die Kammer in der von der Beklagten formulierten Allgemeingültigkeit nicht anschließen.

Die Rechtsprechung des BSG, wonach weitere Angaben zum „Grund der Aufnahme“ erforderlich sind, wenn eine „regelhaft ambulante“ Behandlung stationär durchgeführt wurde, versteht sich vor dem Hintergrund, dass eine Krankenkasse bei einer in der Regel ambulant durchführbaren Versorgung aus Rechtsgründen notwendigerweise Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit unter stationären Bedingungen haben muss, wenn sie vom Krankenhaus keine Angaben dazu erhalten hat, warum im abgerechneten Einzelfall gleichwohl eine stationäre Behandlung notwendig gewesen sein soll, weil das Behandlungsziel mit den ambulanten Möglichkeiten nicht erreicht werden konnte (vgl. BSG, Urteil vom 21. März 2013 – B 3 KR 28/12 R). Die Qualifizierung einer Leistung als „regelhaft ambulant“ indiziert demnach, dass eine vollstationäre Behandlung im Regelfall nicht erforderlich ist und mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht dem Grundsatz ambulant vor stationär entspricht. In diesen Fällen erscheint es angemessen, eine Einzelfallprüfung des MD – auch unter dem Aspekt knapper Ressourcen – von einer Vielzahl von Einzelfallprüfungen zu entbinden und stattdessen dem Krankenhaus im Ausnahmefall unter Verweis auf § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V weitergehender Informationspflichten zum besonderen Grund für eine vom Standartvorgehen abweichende stationäre Leistungserbringung aufzuerlegen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 21. März 2013 – B 3 KR 28/12 R).

Einer lediglich „auch ambulant“ erbringbaren Leistung kommt in Bezug auf den Grundsatz ambulant vor stationär nicht die gleiche Indizwirkung zu, wie sie das BSG in der dargestellten Rechtsprechung für „regelhaft ambulant“ durchzuführende Behandlungen beschrieben hat. „Auch ambulant“ bedeutet dem Wortlaut folgend nicht mehr, als dass eine erforderliche medizinische Leistung sowohl ambulant, als auch stationär erbracht werden kann.

Eine Indizwirkung zugunsten einer vorrangigen ambulanten Versorgung, wie sie im Fall einer Zuweisung nach AOP-Katalog oder Anlage I zur Richtlinie des G-BA „Methoden vertragsärztliche Versorgung gegeben ist, begründet sich nicht allein durch die Benennung einer medizinischen Leistung im EBM. Die Ausweisung eines OPS im EBM lässt keinen zuverlässigen Rückschluss darauf zu, ob die konkrete Leistung im Regelfall dem ambulanten Versorgungsbereich zugewiesen ist. Der EBM bestimmt den Inhalt der berechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander (so die ausdrückliche Bestimmung im Abschnitt I.1 des EBM 2018). Der EBM definiert abschließend alle abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen, gegliedert in hausärztliche, fachärztliche und gemeinsam abrechnungsfähige Leistungen. Er bildet die Grundlage für die Vergütung in der ambulanten Versorgung erbrachter vertragsärztlichen Leistungen. Der Anhang 2 des EBM benennt alle Operationen, die Vertragsärzte ambulant und belegärztlich durchführen und berechnen dürften. Dass ein OPS in der Anlage 2 des EBM abgebildet ist, bedeutet aber nicht mehr, als dass ein Vertragsarzt diese Leistung abrechnen kann, sofern sie ambulant oder belegärztlich erbracht wurde. Anders als für die im AOP-Katalog und die in der Anlage I zur Richtlinie des G-BA „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ ausgewiesenen ärztlichen Leistungen, ergibt sich für die in der Anlage 2 des EBM genannten OPS kein zuverlässiger Anhalt dafür, ob, wie häufig bzw. inwieweit überhaupt die konkrete Leistung tatsächlich unter (rein) ambulanten Bedingungen erbracht wird. Zu Recht hat die Klägerin darauf hingewiesen, dass im Anhang 2 des EBM zahlreiche OPS benannt werden, die einer Leitungserbringung unter ambulanten Bedingungen im Regelfall gerade nicht zugänglich sind, wie z. B. die in Ziff. 2.5 aufgeführten Operationen am Nervensystem mit u. a. dem OPS 5-010.00: Schädeleröffnung über die Kalotte: Kraniotomie (Kalotte):

Kalotte. Weder der Anlage 2 zum EBM, noch dem EBM insgesamt sind Kriterien zu entnehmen, die Aufschluss darüber geben, ob eine der genannten Leistungen regelhaft ambulant, überwiegend ambulant, regelhaft stationär oder überwiegend stationär erbracht wird. Eine generelle Ausdehnung der erweiterten Informationspflicht iSv § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V auf alle lt. EBM „auch ambulant“ erbringbaren Leistungen ist daher nicht angezeigt. Aufgrund der Vielzahl von Leistungen, die im EBM erfasst sind würde die Ansicht der Beklagten zur Folge haben, dass Krankenhäuser auf der ersten Stufe des dreistufigen Prüfverfahrens nahezu regelhaft weitere Angaben zum Grund der Aufnahme machen müssten. Dies geht mit der dargestellten Rechtsprechung des BSG zu den Informations- und Mitwirkungspflichten auf den einzelnen Stufen des Prüfverfahren nicht konform.

Ob – wie die Klägerin meint – die Verpflichtung zu weitergehenden Angaben zum „Grund der Aufnahme“ im Anwendungsbereich des § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V auf Leistungen beschränkt ist, die im AOP-Katalog oder der Anlage I zur Richtlinie des G-BA „Methoden vertragsärztliche Versorgung“ abgebildet sind, erscheint fraglich, bedarf vorliegend aber keiner abschließenden Beantwortung. Nach Sinn und Zweck des § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V und der vom BSG in ständiger Rechtsprechung beschriebenen Prüfung stationärer Vergütung auf drei Ebenen, sind weitergehende Angaben zum „Grund der Aufnahme“ vor einer Einzelfallprüfung durch den MD angezeigt, wenn der Krankenkasse aufgrund der übermittelten Daten eine Bewertung der erbrachten stationären Leistung nicht ansatzweise möglich ist (vgl. wie bereits zitiert: 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). Nach Überzeugung der Kammer genügten die von der Klägerin nach § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V in dem vorliegenden Abrechnungsfall übermittelten Daten, um den medizinisch nicht besonders ausgebildeten Mitarbeitern der Beklagten eine grundsätzliche Einschätzung hinsichtlich der Erforderlichkeit der stationären Behandlung auf erster Prüfungsebene vorzunehmen. Bereits die übermittelte Hauptdiagnose und die OPS-Nummern erlaubten den naheliegenden Schluss, dass die Behandlung im Zeitraum 2. bis 4. August 2018 stationär erfolgen musste.

Vor dem Hintergrund der übermittelten Hauptdiagnose K42.0 (Hernia umbilicalis mit Einklemmung, ohne Gangrän) lässt bereits die Beschreibung der nach OPS 5-534.35 (Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xe-nogenem Material: offen chirurgisch, mit Sublay-Technik) von der Klägerin erbrachten Leistung nicht darauf schließen, dass es sich lediglich um einen einfachen operativen Eingriff handelte, der ohne Weiteres ambulant hätte durchgeführt werden können. Der OPS geht von einem Verschluss der Hernie in einer offen chirurgischen Vorgehensweise unter Einsatz alloplastischem, allogenem oder xe-nogenem Material in Sublay-Technik aus. Hinzu kommt, dass der OPS 5-534.35 nicht im AOP-Katalog 2018 aufgeführt ist. In Bezug auf die Versorgung von Hernien bildet der Operationen- und Prozedurenschlüssel in der Version 2018 im Abschnitt 5-53 „Verschluss abdominaler Hernien“ eine Vielzahl von Einzel-OPS ab, die verschiedene operative Vorgehensweisen zum Verschluss von Hernien beschreiben (z. B. laproskopisch oder offen chirurgisch, mit oder ohne plastischem Bruchpfortenverschluss, mit Sublay-Technik oder mit Onlay-Technik). Nicht alle, sondern nur eine Auswahl dieser OPS wurde in den Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationsersetzender Eingriffe und stationsersetzender Behandlungen gemäß § 115b SGB V im Krankenhaus (AOP-Vertrag) aufgenommen. Dass lässt darauf schließen, dass sich die in den einzelnen OPS der Gruppe 5-53 abgebildeten operativen Vorgehensweisen zur Versorgung von Hernien grundlegend in Aufwand und Schwere des Eingriffs und deshalb auch hinsichtlich ihrer Zuordnung zum Bereich der „regelhaft ambulanten“ oder stationären Versorgung unterscheiden. Der Vergleich des hier relevanten OPS 5-534.35 mit den beiden naheliegenden im AOP-Vertrag benannten OPS 5-534.31 (Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal) und OPS 5-534.34 (Verschluss einer Hernia umbilicalis: Mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Offen chirurgisch, mit Onlay-Technik) verdeutlicht dies anschaulich. Der OPS 5-534.35 erfordert einen offen chirurgischen Eingriff, während der OPS 5-534.31 laproskopisch ohne offene Operation auskommt. Lt. OPS 5-534.35 erfolgt die Versorgung der Hernie mit Sublay-Technik, lt. OPS 5-534.34 mit Onlay-Technik. Wird also ein OPS aus einem bestimmten Versorgungsbereich – wie der hier erbrachte OPS 5-534.35 – im Unterschied zu naheliegenden OPS der gleichen Gruppe nicht im AOP-Katalog benannt, liegt eine ambulante Leistungserbringung nicht nahe. Hinzu kommt in dem vorliegenden Abrechnungsfall der weitere mit dem 301er-Datensatz übermittelte zweite OPS 5-932.11 (Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz und Gewebeverstärkung (Teil-)resorbierbares synthetisches Material: 10 cm² bis unter 50 cm²). Dessen Beschreibung macht deutlich, dass die medizinische Leistung im Fall des Versicherten zur Versorgung eines größeren Narbenbruches erforderlich war. Insgesamt geben die nach § 301 SGB V von der Klägerin an die Beklagte übermittelten Daten somit auf der ersten Prüfungsebene keinen Anlass für die Annahme, die abgerechnete Leistung hätte gleichermaßen ambulant erbracht werden können. Ob aufgrund patientenspezifischer Besonderheiten hiervon abweichend eine stationäre Versorgung vorliegend dennoch nicht erforderlich war, 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 die Forderung der Beklagten nach weiteren Angaben zum „Grund der Aufnahme“ als Voraussetzung für eine formal ordnungsgemäße Abrechnung als unbegründet. Der mit Rechnung vom 16. August 2018 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
2024-08-16