

---

## S 54 KR 682/20

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Niedersachsen-Bremen
Sozialgericht	Sozialgericht Braunschweig
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 54 KR 682/20
Datum	07.05.2021

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

**1) Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÄgerin 3288,03 â¬ nebst Zinsen in HÄhe von 2 Prozentpunkten Äber dem Basiszinssatz seit dem 2.11. 2020 zu zahlen.**

**2) Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.**

**3) Der Streitwert wird auf 3288,03 â¬ festgesetzt.**

Ä

#### Tatbestand

Die Beteiligten streiten Äber die Verpflichtung der Beklagten zur VergÄtung einer im Krankenhaus der KlÄgerin durchgefÄhrten vollstationÄren Krankenbehandlung.

Die bei der beklagten Krankenkasse versicherte, 1968 geborene G. wurde vom 16. Oktober 2020 bis 18. Oktober 2020 im Krankenhaus der KlÄgerin in H. stationÄr behandelt. Es wurde ureterorenoskopisch ein Nierenstein entfernt (OPS 5-550.21).

---

Die Klägerin liquidierte gegenüber der Beklagten mit Rechnung vom 27. Oktober 2020 auf der Basis der Fallpauschale DRG L20B 3288,03 €.

Die Beklagte teilte der Klägerin per Datentraustausch mit, die Rechnung werde beanstandet. Gema dem BSG-Urteil [B 3 KR 28/12 R](#) vom 21.03.2013 länge keine hinreichende med. Begrandung für die stationere Erbringung dieser ambulant erbringbaren Leistung vor. Weiter heißt es: €Bitte begranden Sie hier die stat. Verweildauer bis zum 18.10.2020. Weshalb musste die Pat. bis zu Ziehen der Ureterschiene stationer bleiben?€

Eine Reaktion der Klägerin erfolgte nicht.

Die Beklagte glich den Rechnungsbetrag daraufhin nicht aus.

Die Klägerin hat am 16. Dezember 2020 Klage vor dem Sozialgericht Braunschweig erhoben. Sie ist der Auffassung, ihr stehe der geltend gemachte Rechnungsbetrag zu, weshalb die Beklagte ihr 3288,03 € nebst Zinsen zu zahlen habe. Das ergebe sich unmittelbar aus § 13 Abs. 6 Satz 1 des Niedersächsischen Krankenhaus-Sicherungsvertrags (Nds.SV) und aus [§ 417 SGB V](#). Ihre Mitwirkungsverpflichtungen aus [§ 301 SGB V](#) habe sie erfüllt.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 3288,03 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 2. November 2020 zu zahlen

Die Beklagte beantragt,

 die Klage abzuweisen.

Mit Schriftsatz 4. Mai 2021 hat die Beklagte mitgeteilt, die Rechnung sei noch nicht fällig. Die Klägerin habe ihre sich aus [§ 301 SGB V](#) ergebenden Mitwirkungsobliegenheiten nicht erfüllt. Die durchgeführten Prozeduren seien alle im AOP-Katalog ( Katalog ambulant durchführbare Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe gema [§ 115b SGB V](#) im Krankenhaus) als Anlage 1 gelistet. Nach der stndigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (ausgehend von BSG, Urteil vom 21. März 2013, [3 KR 28/12 R](#)) müsse im Datensatz nach [§ 301 SGB V](#) auch der Grund der Aufnahme mitgeteilt und übermittelt werden. Es müsse für die Mitarbeiter/innen der Krankenkasse aufgrund der Daten nach [§ 301 SGB V](#) erkennbar sein, warum eine im AOP-Katalog gelistete Leistung vollstationer durchgeführt wurde. Aus den vorliegenden Daten sei nicht erkennbar, dass die vollstationere Krankenhausbehandlung medizinisch erforderlich war.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte nebst Anlagen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidungsfindung am 7. Mai

---

2021 gewesen sind, verwiesen.

Ä

## **Entscheidungsgründe**

Die Klage ist als echte Leistungsklage nach [Ä§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Bei einer auf Zahlung von Behandlungskosten von Versicherten gerichteten Klage des Krankenhausbetreibers gegen eine Krankenkasse geht es um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSG, [SozR 4-2500 Ä§ 39 Nr. 1](#) Rdnr. 6 m.w.N.). Ein Vorverfahren ist nicht durchzuführen, eine Klagefrist nicht einzuhalten.

Die Leistungsklage ist auch begründet. Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Zahlung von 3288,03 € für die bei der Versicherten erbrachte Krankenhausbehandlung.

Mit der Rechnung vom 27. Oktober 2020 hat die Klägerin die Fallpauschale DRG L20B ausgewiesen und 3288,03 € gefordert.

Ä§ 13 Abs. 6 Nds.SV regelt in Satz 1 eindeutig, dass die Krankenkasse die Rechnung unverzüglich, spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungsdatum zu bezahlen hat. Dieser vertraglichen Verpflichtung ist die Beklagte nicht nachgekommen.

Auch der Bundesgesetzgeber hat mittlerweile dem Grundsatz der Krankenhausliquiditätsgewährleistung Rechnung getragen. Die unbedingte Zahlungsverpflichtung wurde gesetzlich geregelt. In dem vom 27. März 2020 bis 19. Oktober 2020 geltenden (also für den vorliegenden Behandlungsfall anwendbaren) [Ä§ 330 SGB V](#) und im ab 20. Oktober 2020 geltenden [Ä§ 417 SGB V](#) heißt es jeweils in den Sätzen 1, dass die von den Krankenhäusern erbrachten und in Rechnung gestellten Leistungen von den Krankenkassen innerhalb von fünf Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen sind.

Auf die Frage der rechnerischen oder sachlichen Richtigkeit der Rechnung kommt es deshalb hier nicht an.

Die Fälligkeit der Rechnung scheidet auch nicht daran, dass der Datensatz nach [Ä§ 301 SGB V](#) nicht vollständig gewesen war.

Nach ständiger sozialgerichtlicher Rechtsprechung (insbesondere auch des Bundessozialgerichts), die sich unmittelbar aus dem Wortlaut des [Ä§ 301 SGB V](#) ergibt, sind die Krankenhäuser verpflichtet, den Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern unter anderem auch den Grund der Aufnahme zu übermitteln ([Ä§ 301 Abs. 1 Nummer 3 SGB V](#)). Das BSG (Urteil vom 21. März 2013, [B 3 KR 28/12 R](#), Rn. 12) hat dazu ausgeführt: „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 [Â§ 275 Abs. 1 Nummer 1 SGB V](#) einzuleiten und beim MDK eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen.â Entsprechend dem Grundsatz ambulant vor stationÃr hat ein Krankenhaus deshalb notwendige Angaben dazu zu machen, warum eine im Regelfall ambulant durchfÃhrbare Versorgung im konkreten Einzelfall stationÃr vorgenommen worden ist. Die Pflicht des Krankenhauses zu ergÃnzenden Angaben betrifft aber keine gemÃÃ [Â§ 301 SGB V](#) unzulÃssige medizinische Auskunft an die Krankenkasse, sondern lediglich den Grund fÃr das Abweichen vom Standardvorgehen â ambulant vor stationÃrâ. (BSG, aaO, Rn. 16). Vom Krankenhaus wird keinesfalls gefordert, in jedem âAOP-Fallâ eine medizinische BegrÃndung in Textform abzugeben, die aus sich heraus eine medizinische VollprÃfung mÃglich macht. Es ist fÃr die FÃlligkeit der Rechnung lediglich erforderlich, kenntlich zu machen, warum aus Sicht des Krankenhauses die vollstationÃre Behandlung erfolgt ist. Das kann auch durch die Angabe von Nebendiagnosen erfolgen (vergleiche BSG, aaO Rn. 17). Ob dieser Grund tatsÃchlich vorliegt und die durchgefÃhrte stationÃre Versorgung wirklich trÃgt, ist dann eine medizinische Frage, die zu klÃren allein dem MDK obliegt (BSG, aaO, Rn. 16).

Die gesonderte BegrÃndungspflicht fÃr die DurchfÃhrung einer Behandlung als vollstationÃr gilt aber im Regelfall nicht, wenn es sich nicht um einen âAOP-Fallâ handelt. Wenn eine Operation kodiert wird, die nicht im AOP-Katalog gelistet ist, spricht der erste Anschein fÃr die Notwendigkeit vollstationÃrer Behandlung. Anders als die Beklagte im Schriftsatz vom 4. Mai 2021 behauptet, gehÃrten hier nicht alle durchgefÃhrten Prozeduren (wobei von der Beklagten wohl auch Operationen mitgemeint sind) zum AOP-Katalog. Bei der kodierten OPS 5-550.21 handelt es sich um eine Operation (Kapitel 5 des Operationen- und ProzedurenschlÃssels), die nicht im AOP-Katalog gelistet ist. Deshalb ist grundsÃtzlich von stationÃrer Behandlungsnotwendigkeit auszugehen.

Ob OPS 5-550.21 hier tatsÃchlich abgerechnet werden durfte und ob deshalb â oder aus anderen GrÃnden â vollstationÃre oder doch nur ambulante Behandlung erforderlich war, muss hier nicht geprÃft werden. FÃr die Rechtsfrage der FÃlligkeit der Rechnung (um die es hier einzig geht) ist die inhaltliche medizinische PrÃfung unerheblich.

Die Verzinsung ergibt sich aus dem Nds.SV.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Â§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Entscheidung Ãber den Streitwert folgt aus [Â§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [Â§ 63 Abs. 2](#), [Â§ 52 Abs. 1](#) und 3 Gerichtskostengesetz.

---

Erstellt am: 09.09.2022

Zuletzt verändert am: 20.12.2024