

S 23 KR 1560/21

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
SG Altenburg (FST)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
23
1. Instanz
SG Altenburg (FST)
Aktenzeichen
S 23 KR 1560/21
Datum
24.06.2024
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Ein Krankenhaus hat Anspruch auf Vergütung seiner ambulanten operativen Leistungen, wenn es zu den erbrachten, dem vertraglichen Leistungskatalog des AOP-Vertrags unterfallenden, Leistungen zugelassen ist, sie sachlich-rechnerisch richtig abrechnet sowie wirtschaftlich und qualitätsgerecht erbracht hat (vgl. BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 – [B 1 KR 1/13 R](#); BSG, Urteil vom 31. Mai 2016 – [B 1 KR 39/15 R](#)).

2. Intraoperative Leistungen im Sinne von § 5 AOP-Vertrag sind solche, die in einem engen zeitlichen Näheverhältnis zu dem operativen Eingriff nach [§ 115b SGB V](#) stehen, also denknötwendig nur während einer Operation bzw. innerhalb des operativen Verlaufs zu erbringen bzw. zu veranlassen sind.

3. Die Abgrenzung zwischen intraoperativen Laborleistungen im Sinne von § 5 AOP-Vertrag von präoperativen Laborleistungen im Sinne von § 4 AOP-Vertrag erfolgt über das zeitliche Moment des „unmittelbaren zeitlichen Zusammenhangs“ mit dem Eingriff. Laborleistungen zur Untersuchung des Blutes, die routinemäßig der Vorbereitung einer Operation dienen und drei Tage vor dem ambulanten Eingriff veranlasst und erbracht werden, gehören nicht mehr zu den intraoperativen Leistungen. Es handelt sich um klassische präoperative, d. h. operationsvorbereitende, Leistungen im Sinne von § 4 AOP-Vertrag.

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert wird auf 23,98 € festgesetzt.

Die Berufung zum Thüringer Landessozialgericht wird zugelassen.

Tatbestand

In Streit steht die weitere Vergütung einer im Krankenhaus ambulant durchgeführten Krankenbehandlung, im Speziellen die Vergütung für operationsvorbereitende Laborleistungen.

Die Klägerin ist Trägerin der Waldkliniken E GmbH, einem Plankrankenhaus, das zu ambulanten Operationen sowie stationärsersetzenden Eingriffen ([§ 115b SGB V](#)) berechtigt ist. Die 1987 geborene und bei der beklagten Krankenkasse versicherte S stellte sich am 21. Juni 2021, über die proktologische Sprechstunde des Klinikums, zur Entfernung einer Mariske (Hautwucherung) und eines segmentalen Analprolaps vor. Der operative klein chirurgische Eingriff wurde ambulant in Narkose unter den Diagnosen Segmentaler Analprolaps 12 Uhr und Markise 5 Uhr SSL durchgeführt. Im Zusammenhang mit der ambulanten Behandlung wurden folgende Laborleistungen beauftragt: am 18. Juni 2021 Bestimmung SARS-CoV-2, am 18. Juni 2021 Untersuchung GFR und Blutbild (Blutuntersuchung), am 21. Juni 2021 Histologie Mariske und Analprolaps.

Für die ambulante Leistung stellt die Klägerin der Beklagten einen Betrag in Höhe von insgesamt 400,39 Euro in Rechnung (Rechnung vom 14. September 2021). Die Abrechnung erfolgte unter Angabe der Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 5-492.00 (Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals) und 5-490.1 (Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision). Als Abrechnungspositionen wurden u. a. auch solche für die Laboruntersuchung des Blutes am 18. Juni 2021 nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit folgenden Kennziffern einbezogen: 32120 (Nr. 1 Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung), 32118 (Nr. 2

Höchstwert für die Gebührenpositionen 32110 bis 32110), 32081 (Nr. 3 Kalium), 32083 (Nr. 4 Natrium), 32210 (Nr. 5 Antithrombin III), 32082 (Nr. 6 Calcium), 32057 (Nr. 7 Glukose), 32128 (Nr. 8 CRP), 32056 (Nr. 9 Gesamteiweiß), 32069 (Nr. 10 GOT), 32070 (Nr. 11 GPT), 32101 (Nr. 12 TSH), 32321 (Nr. 13 fT3) und 32320 (Nr. 14 fT4) zuzüglich 7% Materialzuschlag sowie 32067 (Nr. 23 Kreatinin, enzymatisch) ohne Materialzuschlag.

Mit Schreiben vom 16. September 2021 teilte die Beklagte der Klägerin mit, innerhalb der Zahlungsfrist werde nur der unstrittige Betrag gezahlt. Der Rechnungsbetrag habe gekürzt werden müssen. Lt. § 4 Abs. 3 AOP-Vertrag dürfe der Operateur/Anästhesist die zusätzlich erforderlichen, auf das eigene Fachgebiet bezogenen Leistungen, im Krankenhaus durchführen lassen. Dieser Fachgebietsbezug schließe die zusätzliche Abrechnung von Laborkosten schon aus formalen Gründen aus. Laborleistungen dürften nicht in die Berechnung der Honorarsumme einbezogen werden, da diese keine ärztlichen Leistungen beinhalteten. Am 21. September 2021 zahlten die Beklagte auf die Rechnung vom 14. September 2021 lediglich einen Betrag in Höhe von 376,41 Euro an die Klägerin.

Die Klägerin widersprach der Kürzung mit E-Mail vom 30. September 2021 und bat die Nachzahlung des ausstehenden Rechnungsbetrages in Höhe von 23,98 Euro zu veranlassen.

Mit Schreiben vom 30. September 2021 wies die Beklagte die weitergehende Forderung der Klägerin zurück. Zur weiteren Begründung führte sie aus, Eingriffe nach [§ 115b SGB V](#) erfolgten in der Regel auf Veranlassung eines Vertragsarztes mit einem Überweisungsschein. Die präoperativen Leistungen sollten durch den niedergelassenen Vertragsarzt veranlasst werden. Der überweisende Arzt stelle die Unterlagen zur Verfügung und diese müssten lt. § 4 Abs. 1 AOP-Vertrag berücksichtigt werden. In der Regel reichten diese mit den Pauschalen des Kapitels 31.1 definierten präoperativen Untersuchungen aus. Laut § 4 Abs. 3 des AOP-Vertrages dürfe der Operateur/Anästhesist die zusätzlich erforderlichen, auf das eigene Fachgebiet bezogenen Leistungen im Krankenhaus durchführen lassen. Damit sei gefordert, dass der Operateur/Anästhesist die Fachkunde Labor nachweisen müsse. Dass das Krankenhaus die Fachkunde Labor nachweisen könne, sei nicht ausreichend. Soweit es sich um notwendige, nicht fachgebietsbezogene Leistungen handele (also auch Laborleistungen), sei der Patient gemäß § 4 Abs. 5 AOP-Vertrag an einen Vertragsarzt oder ermächtigten Krankenhausarzt zu überweisen. In der Praxis komme es jedoch häufig vor, dass eine präoperative Untersuchung beim Vertragsarzt nicht erfolge, der Versicherte also keine Unterlagen vom überweisenden Arzt mitbringe. In diesen Fällen würden die in den präoperativen Pauschalen 31010 bis 31013 altersspezifisch festgelegten Laboruntersuchungen übernommen, um den Versicherten zusätzliche Wege zu ersparen.

Am 8. Dezember 2021 ging die vorliegende Klage bei Gericht ein.

Die Klägerin trägt vor, sie habe einen Rechtsanspruch auf den Restbetrag in Höhe von 23,98 Euro aus [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) iVm § 4 Abs. 3 AOP-Vertrag. Der Vergütungsanspruch betreffe diagnostische Leistungen bezogen auf die Behandlung durch den kleinchirurgischen Eingriff, die im Krankenhaus durchgeführt werden könnten und dem folgend auch zu vergüten seien. Die Laborleistungen seien für die stattgehabte Operation erforderlich gewesen. Weil die erforderliche Einrichtung, ein histologisches Labor, bei ihr bzw. dem Kooperationspartner vorhanden gewesen sei, haben die Laborleistungen auch erbracht werden können.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 23,98 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über den jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22. September 2021 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie trägt vor, die von der Klägerin abgerechneten und klageweise geltend gemachten Laborleistungen seien nicht abrechnungsfähig. Die Voraussetzungen seien den §§ 4, 7 AOP-Vertrag iVm den Regelungen des EBM 2. Quartal 2021 zu entnehmen und nicht erfüllt. In § 4 AOP-Vertrag sei geregelt, inwieweit überhaupt die Berechtigung dafür bestehe, dass ein Krankenhausarzt im Zusammenhang mit der Durchführung ambulanter Operationen berechtigt ist, präoperative Leistungen zu erbringen. Konkret sehe § 4 Abs. 3 des AOP-Vertrages vor, dass der durchführende Krankenhausarzt/Anästhesist berechtigt sei, die gegebenenfalls erforderlichen, auf das eigene Fachgebiet bezogenen diagnostischen Leistungen im Krankenhaus durchführen zu lassen, soweit das Krankenhaus über die hierfür erforderlichen Einrichtungen verfügt. Die Abrechnung der Leistungen erfolge sodann nach Maßgabe des § 7 AOP-Vertrag iVm den Abrechnungsbestimmungen des EBM. Entsprechend der Formulierung in § 7 AOP-Vertrag könne eine Abrechnung ausschließlich für den Fall erfolgen, dass eine Berechtigung zur Durchführung der Laborleistungen besteht. Es spiele demzufolge keine Rolle, dass § 7 AOP-Vertrag iVm mit dem EBM grundsätzlich Laborleistungen als abrechnungsfähig ausweise. Diese seien im Einzelfall ausschließlich unter der Voraussetzung abrechnungsfähig, dass der durchführende Krankenhausarzt/Anästhesist auf das eigene Fachgebiet bezogene diagnostische Leistungen durchführen lassen. Der Krankenhausarzt/Anästhesist müsse demnach für den zu beurteilenden Sachverhalt auch die Fachkunde Labor nachweisen können, um diese Leistungen abrechnen zu können. Ein solcher Nachweis liege hier nicht vor. Der zwingende Fachgebietsbezug schließe die zusätzliche Abrechnung von Laborkosten schon aus rein formalen Gesichtspunkten aus. Die Problematik der Abrechenbarkeit von diagnostischen Leistungen sei höchstrichterlich entschieden und gefestigte Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 31. Mai 2016 – [B 1 KR 39/15 R](#)).

Auf Nachfrage des Gerichts stellte die Beklagte mit Schriftsatz vom 26. September 2023 klar, dass folgende Positionen der Rechnung vom 14. September 2021 unberücksichtigt geblieben sind:

Nr.	GBO-Nr.	Beschreibung	Betrag
Nr. 3	32081	Kalium	0,25 Euro
Nr. 4	32083	Natrium	0,25 Euro
Nr. 5	32210	Antithrombin III	11,40 Euro
Nr. 6	32082	Calcium	0,25 Euro

Nr. 7	32057	Glukose	0,25 Euro
Nr. 8	32128	CRP	1,15 Euro
Nr. 9	32056	Gesamteiweiß	0,25 Euro
Nr. 10	32069	GOT	0,25 Euro
Nr. 11	32070	GPT	0,25 Euro
Nr. 13	32321	ft3	3,70 Euro
Nr. 14	32320	ft4	3,70 Euro
Nr. 23	32067	Kreatinin, enzymat.	0,40 Euro

Summe 22,10 Euro

Zur Erläuterung führte die Beklagte aus, der Kürzungsbetrag von insgesamt 23,98 Euro ergebe sich zunächst mit 23,64 Euro aus der Summe der benannten nicht erstattungsfähigen Positionen in Höhe von 22,10 Euro zuzüglich dem in der Rechnung ausgewiesenen 7% Materialzuschlag. Hinzu komme ein Betrag von 0,34 Euro, der daraus resultiere, dass die auf Laborleistungen entfallenden Rechnungspositionen

Nr. 1	32120	Mechanisiertes Blutbild	0,50 Euro
Nr. 2	32118	Höchstwert	1,55 Euro
Nr. 12	32101	TSH	3,00 Euro

nur kulanzweise und deshalb ohne 7% Materialzuschlag erstattet worden seien.

Die Klägerin trägt ergänzend vor, die Beklagte habe für die Rechnungskürzung keine tragfähige Begründung vorgelegt. Die mit einem Wert von 22,10 Euro / 23,65 Euro gekürzten Positionen bezögen sich auf Laborleistungen zur Blutuntersuchung, welche in direkter Verbindung mit der stattgehabten ambulanten Operation am 21. Juni 2021 stünden. Nach § 5 AOP-Vertrag könnten insbesondere Laborleistungen veranlasst werden, wenn diese in einem unmittelbaren zeitlichen und medizinischen Zusammenhang mit dem Eingriff stehen, sog. intraoperative Leistungen. Dies sei hier der Fall. Die Laborleistungen seien als intraoperative Laborleistungen erforderlich gewesen, um den Behandlungserfolg der Operation abzusichern. Bei der Patientin habe u. a. eine Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion) als langjährige Vorerkrankung vorgelegen, die medikamentös behandelt wurde (lt. Vorbefund). Eine Laboruntersuchung des Blutes sei deshalb notwendig gewesen, um eine Schädigung durch den operativen Eingriff zu vermeiden. Die Laboruntersuchung habe aus medizinischen Gründen auch nur im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Operation erfolgen können, ein zeitlicher Versatz hätte die Werte medizinisch wertlos gemacht. § 5 AOP-Vertrag erfasse als intraoperative Leistungen sowohl solche, die während einer Operation erbracht werden, als auch solche, die mit der Operation in unmittelbaren zeitlichen und medizinischen Zusammenhang stehen. Die vermeintlich im Wege der Kulanz gezahlten Positionen seien zwingend incl. 7% Materialzuschlag zu vergüten. Wenn eine EBM-Ziffer gezahlt werde, falle folgerichtig der Materialzuschlag an. Eine „Kulanzzahlung“ ohne Materialzuschlag sei im EBM nicht vorgesehen. Alle Laborleistungen seien im Haus der Klägerin durch Fachärzte für Laboratoriumsmedizin erbracht worden, so dass ein Facharztbezug/Fachbezug gegeben sei. Eine andere Art der Leistungserbringung für die medizinisch notwendigen Laborleistungen wäre abwegig. Separate Abrechnungen von Leistungen einzelner Abteilungen eines Krankenhauses erfolgten nicht. Schließlich sei auch für eine Verdrängung der vertragsärztlichen Leistungserbringung hier kein Raum. Die Ärzte im Haus der Klägerin haben einen ambulanten Laborarzt mit den Laboruntersuchungen beauftragt, so wie es auch ein Vertragsarzt tun würde.

Die Beklagte trägt ergänzend vor, die strittigen Leistungen seien präoperativ am 18. Juni 2021 veranlasst worden, die OP sei am 21. Juni 2021 gewesen. Folgerichtig gelte § 4 AOP-Vertrag. Präoperative Laborleistungen seien im Zusammenhang mit Leistungen nach [§ 115b SGB V](#) nicht abrechenbar. Es werde insofern auf die gefestigte obergerichtliche Rechtsprechung verwiesen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Sitzungsniederschrift der mündlichen Verhandlung vom 24. Juni 2024, die Gerichtsakte und die beigezogene Patientenakte der Klägerin Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Gegenstand des vorliegenden Verfahrens ist der Vergütungsanspruch der Klägerin bezüglich der im Zusammenhang mit der ambulanten Operation am 21. Juni 2021 zuvor am 18. Juni 2021 erbrachten Laborleistungen zum Zweck der Blutuntersuchung.

Die Klägerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichts-gesetz (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. vgl. nur BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 - [B 1 KR 24/08 R](#); BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 - [B 1 KR 1/13 R](#)). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert. Dies gilt gleichermaßen für den geltend gemachten Zinsanspruch. Insoweit reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz.

In der Sache hat die Klage keinen Erfolg. Der Klägerin steht der geltend gemachte Vergütungsanspruch in Höhe von 23,98 Euro für die am 18. Juni 2021 erbrachten Laborleistungen nicht zu.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) iVm [§ 1 Abs. 3 Satz 2](#) Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), [§ 115b Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) und [§ 7 Abs. 1 Satz 1 AOP-Vertrag](#).

Nach [§ 109 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) wird das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag nach [§ 109 Abs. 1 SGB V](#) für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Krankenhausbehandlung wird u. a. ambulant ([§ 115b SGB V](#)) erbracht ([§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung zu führen (vgl. [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Die ambulante Durchführung von Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe wird für die gesetzlich versicherten Patienten nach [§ 115b SGB V](#) vergütet ([§ 1 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG](#)). Gemäß [§ 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) und 2 SGB V vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationersetzender Eingriffe und einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Die Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet ([§ 115b Abs. 2 Satz 4 SGB V](#)). Die im Katalog nach [§ 3 AOP-Vertrag](#) aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und stationersetzenden Eingriffe und die nach den §§ 4, 5 und 6 AOP-Vertrag erbrachten Leistungen des Krankenhauses und der Vertragsärzte werden auf der Grundlage des EBM, seiner Abrechnungsbestimmungen und ggf. des Bewertungsmaßstabs für kassenärztliche Leistungen und der Ersatzkassen-Gebührenordnung nach einem festen Punktwert außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütungen vergütet ([§ 7 Abs. 1 Satz 1 AOP-Vertrag](#)).

Ein Krankenhaus hat Anspruch auf Vergütung seiner ambulanten operativen Leistungen, wenn es zu den erbrachten, dem vertraglichen Leistungskatalog des AOP-Vertrags unterfallenden Leistungen zugelassen ist, sie sachlich-rechnerisch richtig abrechnet sowie wirtschaftlich und qualitätsgerecht erbracht hat (vgl. BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 – [B 1 KR 1/13 R](#); BSG, Urteil vom 31. Mai 2016 – [B 1 KR 39/15 R](#)).

Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor. Dem von der Klägerin geltend gemachten Vergütungsanspruch steht nach Überzeugung der Kammer zunächst entgegen, dass ihre Zulassungsmitteilung ambulante Leistungen des Fachbereichs der Laboratoriumsmedizin bzw. Laboruntersuchen entsprechend den abgerechneten streitigen OPS nicht einschließt.

Nach [§ 115b Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) sind die Krankenhäuser zur ambulanten Durchführung der in dem Katalog genannten Operationen und stationersetzenden Eingriffe zugelassen. Für die Zusatzzulassung bedarf es nach [§ 115b Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) einer Mitteilung des Krankenhauses an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die Kassenärztliche Vereinigung und den Zulassungsausschuss ([§ 96 SGB V](#)); die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landeskrankenhausgesellschaft über den Versorgungsgrad in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Mitteilung legt den Umfang der zulässigen Leistungen im Einzelnen fest. Sie kann sich wirksam nur auf solche Leistungen erstrecken, die Bezug zum Fachgebiet haben, für das das Krankenhaus zur stationären Versorgung zugelassen ist. Dementsprechend sieht [§ 1 Abs. 2 AOP-Vertrag](#) die Mitteilung der abteilungsbezogenen Leistungsbereiche vor (vgl. dazu BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 – [B 1 KR 1/13 R](#); BSG, Urteil vom 31. Mai 2016 – [B 1 KR 39/15 R](#)).

Die von der Klägerin im Verfahren vorgelegte Mitteilung über die von ihr durchzuführenden ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffe ([§ 115b Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)) umfasst zwar zweifelsfrei ausdrücklich den Bereich der Allgemeinchirurgie und die nach OPS 5-492.00 und 5-490.1 erbrachte Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals sowie Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision, nicht aber ebenso explizit die Erbringung von Leistungen der Laboratoriumsmedizin bzw. ihrer abteilungsbezogenen Leistungsbereiche. Laboruntersuchungen nach EBM 32120 (Nr. 1 Mechanisiertes Blutbild, Retikulozytenzählung), 32118 (Nr. 2 Höchstwert für die Gebührenspositionen 32110 bis 32110), 32081 (Nr. 3 Kalium), 32083 (Nr. 4 Natrium), 32210 (Nr. 5 Antithrombin III), 32082 (Nr. 6 Calcium), 32057 (Nr. 7 Glukose), 32128 (Nr. 8 CRP), 32056 (Nr. 9 Gesamteiweiß), 32069 (Nr. 10 GOT), 32070 (Nr. 11 GPT), 32101 (Nr. 12 TSH), 32321 (Nr. 13 fT3) und 32320 (Nr. 14 fT4) zuzüglich 7% Materialzuschlag sowie 32067 (Nr. 23 Kreatinin, enzymatisch) sind in der Mitteilung nicht enthalten. Anders als die OPS 5-492.00 und 5-490.1 sind diese Leistungen in der Anlage 1 des AOP-Vertrages auch nicht aufgeführt.

Nach der von der Beklagten zutreffend in Bezug genommenen Rechtsprechung des BSG kommt aufgrund der Gestaltungswirkung der Zulassungsmitteilung für den Bereich ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe, die im Rahmen der gesetzlichen Grenzen der freien Disposition des Krankenhauses unterliegt, deren ausdehnende Auslegung auf andere als die mitgeteilten Leistungen nicht in Betracht. Eine Ausnahme ist nur dann möglich, wenn die Erbringung weiterer Leistungen als Annex zu einer von der Mitteilung umfassten Katalogleistung nach dem AOP-Vertrag zulässig ist (vgl. BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 – [B 1 KR 1/13 R](#); BSG, Urteil vom 31. Mai 2016 – [B 1 KR 39/15 R](#)). Hintergrund ist, dass Krankenhäuser bei der Vergütung ambulanter Leistungen wie niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen sind ([§ 7 Abs. 4 Satz 1 AOP-Vertrag](#)). Krankenhäuser dürfen die Öffnung ihres Leistungsspektrums durch [§ 115b SGB V](#) nicht dazu nutzen, weitere ambulante Leistungen abzurechnen, die mit ihnen vergleichbare konkurrierende niedergelassene Fachärzte unter Beachtung ihrer Fachgebietsgrenzen nicht erbringen dürften. Der vertragliche Leistungskatalog umfasst ambulant durchführbare Operationen und stationersetzende Eingriffe und sieht einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte vor (vgl. [§ 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#)).

Die Voraussetzungen für eine Vergütung der streitigen Laborleistungen als Annex zu den von der Mitteilung der Klägerin umfassten Katalogleistungen der OPS 5-492.00 und 5-490.1 gemäß den Regelungen des AOP-Vertrages sind in diesem Fall nicht erfüllt.

[§ 3 Abs. 1 AOP-Vertrag](#) bestimmt, dass in der Anlage abschließend die Leistungen aufgeführt sind, die Operationen und stationersetzende Eingriffe gemäß [§ 115b SGB V](#) darstellen. Nur die in der Anlage konkret bezeichneten Leistungen – zu denen Laborleistungen insgesamt nicht gehören – dürfen von Vertragsärzten und Krankenhäusern ambulant erbracht und nach EBM abgerechnet werden. Ergänzend regeln die §§ 4 bis 6 des AOP-Vertrags, unter welchen Voraussetzungen präoperative Leistungen ([§ 4 AOP-Vertrag](#)), intraoperative Leistungen ([§ 5 AOP-Vertrag](#)) und postoperative Leistungen ([§ 6 AOP-Vertrag](#)) ambulant erbracht und nach EBM abgerechnet werden dürfen.

Bei den Laborleistungen vom 18. Juni 2021 handelt es sich um Blutuntersuchen, die in dieser oder vergleichbarer Form regelhaft vor einer ambulanten Operation durchzuführen sind. Erhoben werden Gerinnungs- und Hämatologie-Werte sowie der Werte der klinischen Chemie, um den Zustand des Patienten beurteilen zu können. Insofern hat die Beklagte richtigerweise auch nicht in Frage gestellt, dass die am 18. Juni 2021 veranlasste Untersuchung des Blutes notwendige medizinische Voraussetzung für die Freigabe und Durchführung des am 21. Juni 2021 vorgenommenen operativen Eingriffs war. Sofern die Klägerin für die Notwendigkeit der Blutuntersuchung auf eine bei der Patientin als Vorerkrankung bestehende Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion) verwiesen hat, handelt es sich lediglich um einen individuellen

Aspekt, der bei der Auswertung der regelhaft vor einer Operation durchzuführenden Blutuntersuchung vom behandelnden Arzt zusätzlich zu beachten ist.

Entgegen der Ansicht der Klägerin handelt es sich bei den hier in Streit stehenden Laborleistungen nicht um solche, die nach § 5 AOP-Vertrag als intraoperative Leistungen von einem Krankenhaus im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation erbracht und abgerechnet werden dürfen. Nach § 5 AOP-Vertrag können in Verbindung mit einem ambulanten Eingriff nach [§ 115b SGB V](#) intraoperative Leistungen erbracht oder veranlasst werden, die in einem unmittelbaren zeitlichen und medizinischen Zusammenhang mit dem Eingriff stehen (insbesondere Laboruntersuchungen, Leistungen der konventionellen Radiologie, Histologie oder der Pathologie).

Die Laboruntersuchung des Blutes vom 18. Juni 2021 steht zweifelsohne in einem medizinischen Zusammenhang mit dem am 21. Juni 2021 ambulant durchgeführten operativen Eingriff, nicht aber in dem von § 5 AOP-Vertrag vorausgesetzten unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang. Intraoperative Leistungen sind solche, die in einem engen zeitlichen Näheverhältnis zu dem operativen Eingriff stehen, also denknötwendig nur während einer Operation bzw. innerhalb des operativen Verlaufs zu erbringen bzw. zu veranlassen sind, wie z. B. Probenentnahmen und -analysen während der Operation, bildgebende Verfahren zur Kontrolle des Befundes, des Operationsverlaufs bzw. des Operationsergebnisses oder labortechnische Analysen, die den Verlauf der Operation bestimmen können. Speziell auf Laboruntersuchungen bezogen ist – worauf es hier aber nicht ankommt – nicht ausgeschlossen, dass die in § 5 AOP-Vertrag verwendete Begrifflichkeit des „unmittelbaren zeitlichen Zusammenhangs“ noch solche erfasst, die am Tag der Operation im Einzelfall zur fachgerechten Durchführung der Operation medizinisch unabdingbar sind. Laborleistungen zur Untersuchung des Blutes, die – wie hier – routinemäßig der Vorbereitung einer Operation dienen und drei Tage vor dem ambulanten Eingriff veranlasst und erbracht werden, gehören nicht mehr zu den intraoperativen Leistungen. Es handelt sich vielmehr um klassische präoperative, d. h. operationsvorbereitende Leistungen im Sinne von § 4 AOP-Vertrag.

Sofern die Klägerin vorgetragen hat, § 5 AOP-Vertrag benenne ausdrücklich Laboruntersuchungen als intraoperative Leistung, trifft dies zu. Allein aus der Benennung von Laborleistungen in § 5 AOP-Vertrag kann jedoch nicht geschlossen werden, dass alle im Vorfeld einer Operation medizinisch notwendigen Laboruntersuchen zwingend als intraoperative Leistungen zu qualifizieren sind. Laboruntersuchungen werden in § 5 AOP-Vertrag u. a. lediglich beispielhaft als mögliche intraoperative Leistungen benannt. Dass in § 4 AOP-Vertrag auf die Benennung von Beispielen insgesamt verzichtet wird, bedeutet indessen nicht, dass Laborleistungen als präoperative Leistungen ausgeschlossen sind. Die Abgrenzung zwischen intraoperativen Laborleistungen im Sinne von § 5 AOP-Vertrag von präoperativen Laborleistungen im Sinne von § 4 AOP-Vertrag erfolgt über das zeitliche Moment des „unmittelbaren zeitlichen Zusammenhangs“ mit dem Eingriff. Wie bereits ausgeführt, stehen die am 18. Juni 2021 erbrachten Laborleistungen zweifelsfrei in einem zeitlichen und medizinischen Zusammenhang mit dem am 21. Juni 2021 ausgeführten operativen Eingriff. Es fehlt hier jedoch an dem engen zeitlichen Zusammenhang, wie er für intraoperative Leistungen im Sinne von § 5 AOP-Vertrag vorausgesetzt wird.

Zutreffend hat die Beklagte eingewandt, dass die hier streitigen Laborleistungen nicht über § 4 Abs. 3 AOP-Vertrag als Annexeleistungen des chirurgischen Eingriffs aufgefasst werden können. Für präoperative Leistungen bestimmt § 4 Abs. 3 AOP-Vertrag, dass der den Eingriff nach [§ 115b SGB V](#) durchführende Krankenhausarzt/Anästhesist berechtigt ist, die gegebenenfalls zusätzlich erforderlichen, auf das eigene Fachgebiet bezogenen diagnostischen Leistungen im Krankenhaus durchführen zu lassen, soweit das Krankenhaus über die hierfür erforderlichen Einrichtungen verfügt. Leistungen im Sinne von § 4 Abs. 3 AOP-Vertrag sind mit den Krankenkassen nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen des EBM und des § 7 AOP-Vertrag abzurechnen. Wie ein Vertragsarzt darf ein Krankenhaus bei ambulanten Operationen Versicherter keine fachfremden Leistungen erbringen (vgl. BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 – [B 1 KR 1/13 R](#)). Soweit es sich um notwendige, nicht fachgebietsbezogene Leistungen handelt, hat der Krankenhausarzt den Patienten gemäß § 4 Abs. 4 AOP-Vertrag an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses anderen Fachgebietes, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des entsprechenden Vordrucks gemäß § 13 AOP-Vertrag zu überweisen (vgl. § 4 Abs. 5 AOP-Vertrag). Ein vertragsärztlicher Leistungserbringer müsste sinngemäß entsprechend verfahren.

Bei denen am 18. Juni 2021 erbrachten Laborleistungen handelt es sich zwar um notwendige präoperative Leistungen, der Berechtigung zur Leistungserbringung und -abrechnung durch die Klägerin steht jedoch der fehlende, von § 4 Abs. 3 AOP-Vertrag aber geforderte, Bezug auf das eigene Fachgebiet des Krankenhausarztes/Anästhesisten entgegen.

Die Fachgebietsgrenzen für ambulante Operationen eines Krankenhauses richten sich dynamisch nach der zur Zeit der Leistungserbringung jeweils geltenden Weiterbildungsordnung (vgl. BSG, Urteil vom 31. Mai 2016 – [B 1 KR 39/15 R](#)). Fachgebiet für die Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals und die Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion: Exzision ist das Gebiet der Allgemein- und Viszeralchirurgie, Proktologie. Nach dem Inhalt der seinerzeit geltenden Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Thüringen vom 18. März 2020 (in Kraft getreten am 1. Juli 2020) handelt es sich bei den abgerechneten Laboruntersuchungen der Gerinnungs- und Hämatologie-Werte sowie der Werte der klinischen Chemie bezogen auf das Fachgebiet der Allgemein- und Viszeralchirurgie, Proktologie nicht um fachgebietsbezogene Leistungen. Als Weiterbildungsinhalte benannte die in Thüringen geltende Weiterbildungsordnung als „Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B“ im Bereich „Technisch-diagnostische Inhalte im Zusammenhang mit gebietsspezifischen Fragestellungen“ einerseits Kenntnisse der „Präanalytik und labortechnisch gestützte Nachweisverfahren“ (Kognitive und Methodenkompetenz) und andererseits Erfahrungen und Fertigkeiten zur „Indikationsstellung und Befundinterpretation des krankheitsbezogenen Basislabors“ (Handlungskompetenz). Darüberhinausgehende laborbezogene Weiterbildungsinhalte im Speziellen waren für Fachärzte für Allgemeinchirurgie, Fachärzte für Viszeralchirurgie sowie Fachärzte mit der Zusatz-Weiterbildung Proktologie nicht vorgesehen. Die Durchführung von Laboruntersuchungen selbst gehörte damit nach der maßgeblichen Weiterbildungsordnung nicht zu den Fachgebieten der Allgemein- und Viszeralchirurgie, Proktologie und damit auch nicht zum Fachgebiet des den operativen Eingriff am 21. Juni 2021 durchführenden Krankenhausarztes.

Sofern die Klägerin vorgetragen hat, sie habe in ihrem Labor bzw. dem Labor ihres Kooperationspartners über die notwendige Fachkompetenz der Laboratoriumsmedizin einschließlich der Durchführung der Laboruntersuchung des Blutes verfügt, wird dies vom Gericht in keiner Weise in Abrede gestellt. Maßgeblich für den von § 4 Abs. 3 AOP-Vertrag geforderten Fachgebietsbezug ist jedoch nicht, ob das zu ambulanten Operationen zugelassene Krankenhaus über die notwendige Fachkunde für die Erbringung einer Leistung verfügt, sondern ob die konkret ambulant erbrachte Leistung zum eigenen Fachgebiet des den Eingriff nach [§ 115b SGB V](#) durchführenden Krankenhausarztes gehört.

Im Ergebnis handelt es sich bei den am 18. Juni 2021 erbrachten Laborleistungen um notwendige, aber nicht fachgebietsbezogene Leistungen im Sinne von § 4 Abs. 4 AOP-Vertrag, die die Klägerin nicht selbst erbringen und abrechnen durfte.

Die Kammer erkennt nicht, dass die Veranlassung und Durchführung der Laboruntersuchung am 18. Juni 2021 medizinisch betrachtet im Zusammenhang mit dem ambulanten Eingriff stand und es im Besonderen der Patientin der Beklagten erspart hat, im Vorfeld der Operation einen ambulant niedergelassenen Arzt aufzusuchen, damit dieser die notwendige Laboruntersuchung veranlasst. Vor dem Hintergrund der Regelungs- und Abrechnungssystematik im Anwendungsbereich von [§ 115b SGB V](#) iVm dem AOP-Vertrag, welche darauf ausgerichtet ist, auszuschließen, dass Krankenhäuser im Zusammenhang mit ambulanten Operationen Leistungen erbringen und abrechnen, die Vertragsärzten vorbehalten sind, erscheint die Auslagerung der präoperativen Laboruntersuchung in den Bereich der grundständigen ambulanten Versorgung jedoch nur konsequent. In der Praxis ist es auch durchaus üblich, dass Patienten vor einer ambulanten Operation in ihrer Haus- oder Facharztpraxis zur Durchführung der operationsvorbereitenden Laboruntersuchung vorstellig werden und der Laborbefund dem operierenden Vertragsarzt oder Krankenhaus über den Patienten oder das niedergelassene Labor zugeleitet wird.

Sofern die Klägerin mit ihrer Argumentation, die streitige Laboruntersuchung habe im Krankenhaus durchgeführt werden müssen, weil ein zeitlicher Versatz die Werte medizinisch wertlos gemacht hätte, andeuten möchte, die Laboruntersuchung habe nur im Krankenhaus der Klägerin erfolgen können, überzeugt dies die Kammer nicht. Ein Vertragsarzt, der ambulante Operationen durchführt, benötigt die für die OP-Freigabe medizinisch notwendigen Laborparameter ebenso, wie ein Krankenhaus im Bereich des ambulanten Operierens. Wie ein Vertragsarzt kann daher auch ein Krankenhaus auf außerhalb der Praxis/des Krankenhauses angefertigte Laborbefunde zurückgreifen. In beiden Fällen besteht lediglich die Notwendigkeit, dass der Laborbefund den Operateur zeitgerecht erreicht. Bei einem Vorlauf von drei Tagen – wie hier – kann das in jeder Hinsicht sichergestellt werden.

Ein weiterer (teilweiser) Vergütungsanspruch der Klägerin lässt sich schließlich auch nicht daraus ableiten, dass die Beklagte die Rechnungspositionen nach EBM 32120 (Mechanisiertes Blutbild), 32118 (Höchstwert) und 32101 (TSH) kulanzweise, aber ohne 7% Materialzuschlag erstattet hat. Der Klägerin steht ein Vergütungsanspruch für diese, der Laboruntersuchung am 18. Juni 2021 zuzuordnenden Leistungen, nicht zu. Damit kann sie auch dann keinen Anspruch auf den Materialzuschlag haben, wenn die Beklagte die Grundbeträge über ihre Zahlungsverpflichtung hinausgehend freiwillig erstattet.

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 Klägerin 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](#)).

Die Zulassung der Berufung zum Thüringer Landessozialgericht erfolgte gemäß [§ 144 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-08-16