

L 5 KR 473/10

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Würzburg (FSB)
Aktenzeichen
S 4 KR 124/08
Datum
18.10.2010
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 473/10
Datum
18.09.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 28/13 R
Datum
14.10.2014
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Leistungen im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation nach [§ 115 b SGB V](#), die entsprechend dem Regelfall gemäß der Anlage zum AOP-Vertrag ambulant durchgeführt wurden, sind nach dem AOP-Vertrag abzurechnen.

Sofern im jeweiligen Einzelfall für das Erfordernis einer stationären Behandlung kein Anhaltspunkt besteht und auch keine stationäre Behandlung stattfand, scheidet eine Vergütung auf der Grundlage von [§ 115 a SGB V](#) aus.

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 18. Oktober 2010 insoweit aufgehoben, dass dort eine Verurteilung über einen Betrag von 119,82 Euro hinaus ausgesprochen ist und die Klage insoweit abgewiesen.

II. Die Kosten des Rechtsstreits werden gegeneinander aufgehoben.

III. Der Streitwert wird auf 231,61 Euro festgesetzt.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin betreibt in A-Stadt eine Herz- und Gefäßklinik mit Handchirurgie. Im Jahr 2005 verfügte sie über 81 Betten. Nach den Informationen auf der website der Klägerin wurden dort in der handchirurgischen Klinik im Jahr 2011 insgesamt 20.205 Patienten behandelt, davon 14.884 ambulant und 5.128 stationär.

Zwischen den Beteiligten gilt der Vertrag nach [§ 115 b Abs. 1 SGB V](#) - Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag), hier anzuwenden in der vom Bundesschiedsamt in der Sitzung am 18.03.2005 festgesetzten Fassung. Der AOP-Vertrag regelt einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Abgeschlossen wurde er von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Er soll dazu dienen, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationärsersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern. Er zielt darauf ab, auf der Basis des [§ 39 SGB V](#) zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlung eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung zu sichern und die Kooperation zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhausbereich zu verbessern, einschließlich der gemeinsamen Nutzung von Operationskapazitäten im Krankenhaus. (vgl. AOP-Vertrag in der vom Bundes-schiedsamt in der Sitzung am 18.03.2005 festgesetzten Fassung, "Grundsätze").

Er regelt in § 2 Abs. 1 den Zugang der Patienten zu Eingriffen:

"Eingriffe gemäß [§ 115 b SGB V](#) sollen in der Regel auf Veranlassung eines niedergelassenen Vertragsarztes unter Verwendung eines Überweisungsscheins durchgeführt werden. (...) Der für den Eingriff gemäß [§ 115 b SGB V](#) verantwortliche Arzt entscheidet über Art und Umfang des ambulanten Eingriffs."

§ 2 Abs. 2 bestimmt, dass aus dem als Anlage 1 zu § 3 des Vertrages beigefügten "Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationärsersetzender Eingriffe" nicht die Verpflichtung hergeleitet werden kann, dass die dort aufgeführten Eingriffe ausschließlich ambulant zu erbringen sind. Der Arzt ist verpflichtet, in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes des Patienten die ambulante Durchführung der Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst mit den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten erlauben. Zugleich muss sich der verantwortliche Arzt vergewissern und dafür Sorge tragen, dass der Patient nach Entlassung aus der unmittelbaren Betreuung des operierenden Arztes auch im häuslichen Bereich sowohl

ärztlich als gegebenenfalls auch pflegerisch angemessen versorgt wird. Die Entscheidung ist zu dokumentieren.

§ 3 legt fest, welche Operationen und Eingriffe ambulant bzw. stationärsersetzend durchgeführt werden können:

(1) In der Anlage 1 sind abschließend die Leistungen aufgeführt, die Operationen und stationärsersetzende Eingriffe gemäß [§ 115 b SGB V](#) darstellen.

(2) Eingriffe gemäß [§ 115 b SGB V](#), die in der Regel ambulant erbracht werden sollen, sind in der Anlage 1 gesondert gekennzeichnet. Bei Vorliegen bzw. Erfüllung der Kriterien der allgemeinen Tatbestände gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages kann jedoch eine stationäre Durchführung dieser Eingriffe erforderlich sein.

(3) Allgemeine Tatbestände, bei deren Vorliegen eine stationäre Durchführung der in der Regel ambulant durchzuführenden Leistungen erforderlich sein kann, sind die Kriterien A, B, D, E und F gemäß Anlage 2 zu den gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG in der gültigen Fassung vom 15.04.2004. Die Vertragspartner prüfen bei Änderungen der Kriterien bzw. der Anlage 2 zu den Gemeinsamen Empfehlungen zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG deren Anwendbarkeit im Zusammenhang mit Leistungen nach [§ 115 b SGB V](#) und entscheiden über deren Übernahme in die Allgemeinen Tatbestände nach Satz 1.

§ 4 des AOP-Vertrages regelt die präoperativen Leistungen:

(1) Zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen stellt der überweisende Arzt dem den Eingriff nach [§ 115 b SGB V](#) durchführenden Arzt die im Zusammenhang mit dem vorgesehenen Eingriff gemäß [§ 115 b SGB V](#) bedeutsamen Unterlagen zur Verfügung. Der Operateur/Anästhesist hat diese Unterlagen bei seiner Entscheidung zu berücksichtigen. Werden bereits durchgeführte Untersuchungen nochmals veranlasst, so sind diese in medizinisch begründeten Fällen von den Kostenträgern zu vergüten. Diese sind bei der Abrechnung zu kennzeichnen.

(2) Erfolgt eine vollstationäre Behandlung, so sind die diagnostischen Maßnahmen, die der Vorbereitung dieser stationären Behandlung dienen und innerhalb der Fristen des [§ 115 a Abs. 2 SGB V](#) erbracht werden, nicht als Eingriffe gemäß [§ 115 b SGB V](#) abzurechnen.

(3) Der den Eingriff nach [§ 115 b SGB V](#) durchführende Krankenhausarzt/Anästhesist ist berechtigt, 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. Diese Leistungen sind mit den Krankenkassen nach Maßgabe der Abrechnungsbestimmungen des EBM und des § 7 abzurechnen.

(4) Handelt es sich um notwendige fachgebietsbezogene Leistungen, die vom Krankenhaus nicht erbracht werden können, hat der Krankenhausarzt den Patienten an einen niedergelassenen Vertragsarzt dieses Fachgebietes, einen ermächtigten Krankenhausarzt, eine ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung oder eine zugelassene Einrichtung mittels Definitionsauftrag durch Verwendung des entsprechenden Vordrucks gemäß § 13 zu überweisen.

In § 7 ist die Vergütung festgelegt:

(1) Die im Katalog nach § 3 aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und stationärsersetzenden Eingriffe und die nach §§ 4,5 und 6 erbrachten Leistungen werden auf der Grundlage des EBM, seiner Abrechnungsbestimmungen und ggf. des BMÄ und der E-GO nach den für die Versicherten geltenden vertragsärztlichen Vergütungssätzen vergütet.

(2) (...)

(3) Wird ein Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit dem ambulanten Eingriff eines Krankenhauses stationär aufgenommen, erfolgt die Vergütung nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung beziehungsweise des Krankenhausentgeltgesetzes.

(4) Krankenhäuser sind bei der Vergütung ambulanter Leistungen wie niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen. (...)

Zu den Vordrucken bestimmt § 13 AOP-Vertrag, dass soweit Vordrucke erforderlich sind, die für die vertragsärztliche Versorgung vereinbarten Formulare verwendet werden. Sie werden den Krankenhäusern von den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung gestellt.

Dem Patienten N. G. (G) wurde vom Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. M. mit Überweisungsschein vom 15.07.2005 eine Krankenhausbehandlung in der handchirurgischen Klinik der Klägerin verordnet. Als Diagnose wurde angegeben: "Tendinose und leichte Arthrose linkes Handgelenk". Daraufhin wurde G am 21.07.2005 im Krankenhaus der Klägerin klinisch untersucht und auch eine Magnet-Resonanz-Tomografie (MRT) durchgeführt.

Die Klägerin rechnete einen ambulant erbrachten endoskopischen Gelenkeingriff vom 30.08.2005 ab nach dem OPS-Code 5-811.27 (Arthroskopische Operation an der Synovialis: Synovektomie, partiell: Handgelenk n.n.bez.) der Anlage 1 zu § 3 des AOP-Vertrages. Dieser Eingriff ist der Kategorie "1" zugeordnet. Operationen der Kategorie 1 sind nach der Anlage zum AOP-Vertrag in der Regel ambulant zu erbringen. Hierfür stellte die Klägerin am 02.12.2005 einen Betrag von 519,13 Euro in Rechnung, den die Beklagte bezahlte.

Für die Untersuchungen am 21.07.2005 forderte die Klägerin mit Rechnung vom 08.12.2005 zusätzlich einen Betrag von 297,05 Euro. Die Rechnung gliedert sich in 100,72 Euro für "Vorstationär Chirurgie", 163,61 Euro "MRT-Extremität plus zwei Gelenken" und 32,72 Euro für "MRT-Computeranalyse, 3D-Rekonstrukt". Im Laufe des späteren sozialgerichtlichen Verfahrens wurde der Betrag für die MRT-Untersuchung auf 98,17 Euro korrigiert, so dass insgesamt ein Betrag von 231,61 Euro streitig ist. Die Beklagte verweigerte die Zahlung mit der Begründung, die abgerechneten Leistungen seien nicht zu vergüten.

Am 28.04.2008 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Würzburg erhoben. Im Rahmen des sozialgerichtlichen Verfahrens hat die Klägerin den dokumentierten Behandlungsverlauf sowie die Rechnungen der Klägerin an die Beklagte vorgelegt. Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 18.10.2010 der Klage stattgegeben und die Berufung zugelassen. Das Sozialgericht ist von der Abrechenbarkeit einer vorstationären Behandlung ausgegangen neben der Vergütung der ambulanten Operation.

Die Beklagte hat dagegen Berufung eingelegt. Sie ist der Auffassung, dass die streitgegenständliche voroperative Behandlung bereits mit den Kosten für die ambulante Operation abgegolten sei. Für die Beurteilung der Operationsindikation hätte die Klägerin eine fachärztliche Abklärung bei einem niedergelassenen Facharzt herbeiführen müssen, zumal der Zulassungsausschuss für das Leistungsspektrum "ambulante Untersuchung von Patienten zur Abklärung der Operationsindikation" der Klägerin eine Ermächtigung nicht erteilen konnte, da dieser die Leistung für die Klinik als nicht bedarfsnotwendig aufgrund der Versorgungssituation in der Region ansah.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 18.10.2010 insoweit aufzuheben, als dort eine Verurteilung über den Betrag von 119,72 Euro hinausgehend ausgesprochen ist und insoweit die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, dass ihr neben der Vergütung für die ambulante Operation auch eine Pauschale für vorstationäre Leistungen zustehe.

In der mündlichen Verhandlung hat die Beklagte eine Gegenüberstellung der von der Klägerin abgerechneten und der nach dem AOP-Vertrag abrechenbaren Positionen vorgelegt. Daraufhin haben die Beteiligten auf der Grundlage dieser Aufstellung übereinstimmend erklärt, dass die bildgebenden Verfahren nach dem EBM zutreffend abgerechnet worden sind mit einem Betrag von 119,82 Euro. Darin ist auch enthalten der "Konsultationskomplex", d.h. die klinische präoperative Untersuchung. Die Beklagte hat daraufhin einen Betrag von 119,82 Euro als korrekt nach EBM abgerechnet anerkannt und insoweit auf eine weitere Rechnungsstellung verzichtet. Die Prozessbevollmächtigte der Klägerin hat auf den zunächst geltend gemachten Zinsanspruch verzichtet.

Zum Sach- und Streitstand wird ergänzend Bezug genommen auf die Verfahrensakten beider Rechtszüge sowie auf die Akte der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz -SGG) und auch begründet. Die Klägerin hat neben der Vergütung für das ambulante Operieren keinen Anspruch auf eine Pauschale für eine vorstationäre Behandlung. Die Leistungen der Klägerin sind vielmehr ausschließlich nach dem gemäß § 115 b Abs. 1 Ziffer 2 SGB V geschlossenen AOP-Vertrag abzurechnen. Hieraus hat die Klägerin einen Anspruch gegen die Beklagte auf 119,82 Euro.

1. Bei der ambulanten Operationstätigkeit im Krankenhaus handelt es sich rechtssystematisch um ambulante (vertragsärztliche) Versorgung kraft gesetzlicher Zulassung, die der Gesetzgeber der "Krankenhausbehandlung" im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V zurechnet (Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Sozialgesetzbuch V, Stand 1. 1.2012, § 115 b Rz. 5; BSG, Urteil vom 23.03.2011, B 6 KA 11/10 Rz. 20).

Mit der Einführung der Möglichkeit des ambulanten Operierens in Krankenhäusern bedeutet die Verordnung von Krankenhausbehandlung daher nicht mehr regelmäßig die Verordnung einer stationären Behandlung. Das vom Facharzt für Allgemeinmedizin Dr. M. verwendete Überweisungsformular sieht dementsprechend keine Differenzierung vor zwischen stationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung.

Insbesondere bei den Maßnahmen, die nach dem Katalog nach § 115 b Abs. 1 Ziffer 1 SGB V in der Regel ambulant durchzuführen sind, wird man daher in der Regel die Verordnung einer ambulanten Behandlung in Betracht ziehen müssen. Dies findet seine Bestätigung in der Zahl der jährlich bei der Klägerin durchgeführten ambulanten Operationen. Nur etwa ein Viertel der Operationen erfolgt stationär. Das bedeutet, dass die Verordnung einer Krankenhausbehandlung in der weit überwiegenden Zahl der Fälle letztlich in eine ambulante Operation mündet. Daher stellt die Verordnung von Krankenhausbehandlung nicht selbstverständlich die Verordnung einer stationären Behandlung dar. Insbesondere bei den Eingriffen, die nach der Anlage zum AOP-Vertrag gemäß § 115 b Abs. 1 Satz 1 Ziffer 1 SGB V in der Regel ambulant erbracht werden können, ist daher grundsätzlich zunächst von der Verordnung einer Krankenhausbehandlung in Form einer ambulanten Operation auszugehen sofern aufgrund des Gesundheitszustands des Patienten eine ambulante Operation nicht von vornherein ausscheidet.

2. Die von der Klägerin erbrachten Leistungen sind von der Beklagten nach dem AOP-Vertrag zu vergüten gemäß § 7 i.V.m. § 4 Abs. 3 AOP-Vertrag. Der AOP-Vertrag regelt gemäß § 115 b Abs. 1 Ziffer 2 SGB V einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Abgeschlossen wurde er von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen um einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationärsersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern. Auf der Basis des § 39 SGB V sollen nicht notwendige vollstationäre Krankenhausbehandlungen vermieden und zugleich eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung gesichert werden. Ziel ist auch, die Kooperation zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhausbereich zu verbessern, einschließlich der gemeinsamen Nutzung von Operationskapazitäten im Krankenhaus. (vgl. AOP-Vertrag in der vom Bundesschiedsamt in der Sitzung am 18.03.2005 festgesetzten Fassung, "Grundsätze").

Das Krankenhaus und damit die Klägerin ist gemäß § 115 b Abs. 2 Satz 3 zur Einhaltung des Vertrages verpflichtet. Das Bundessozialgericht hat sich im Urteil vom 23.03.2011 (B 6 KA 11/10 R, Rz. 51 ff) umfassend damit auseinandergesetzt, dass die Regelungen und Begrenzungen im AOP-Vertrag für die verschiedenen Kooperationsformen sowie zu den Abrechnungsverfahren für die Krankenhäuser bindend sind. Den Krankenhäusern sind ambulante Tätigkeiten auf der Grundlage des § 115 b SGB V i.V.m. dem AOP-Vertrag nur in den Formen gestattet, die im AOP-Vertrag angeführt sind (BSG a.a.O. Leitsatz Ziff. 3).

Gemäß § 4 Abs. 3 AOP-Vertrag ist der den Eingriff nach § 225 b SGB V durchführende Krankenhausarzt berechtigt, 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. Diese Leistungen sind mit den Krankenkassen nach Maßgabe des § 7 AOP-Vertrag abzurechnen. Gemäß § 7 AOP-Vertrag werden die Leistungen nach § 4 AOP-Vertrag auf der Grundlage des EBM und gegebenenfalls des BMÄ und der E-GO nach den für die Versicherten geltenden vertragsärztlichen Vergütungssätzen vergütet. Nach § 7 Abs. 4 AOP-Vertrag sind die Krankenhäuser bei der Vergütung ambulanter Leistungen wie niedergelassene Fachärzte der entsprechenden Fachrichtung einzustufen.

Hieraus folgt der Anspruch der Klägerin auf Vergütung des MRT bzw. der Röntgenaufnahme in Höhe von insgesamt 118,04 Euro. Dem G wurde eine Krankenhausbehandlung verordnet aufgrund einer Tendinose und einer leichten Arthrose. Ob und welche Art von Krankenhausbehandlung notwendig war, stand zunächst weder nach der Überweisung des Dr. M. noch nach Art und Schwere der Erkrankung noch aus der bisherigen Diagnostik fest. Deshalb war im Krankenhaus eine umfangreiche klinische Untersuchung durch einen Fachchirurgen erforderlich sowie auch eine MRT. Erst danach konnte entschieden werden, welche Art der Behandlung unter Beachtung des

Gesundheitszustandes des G erforderlich und geeignet war. Nachdem keine aussagekräftige MRT gefertigt worden war, wurde dieses im Hause der Klägerin erstellt. Diese Leistung hat die Beklagte zu vergüten gem. § 7 i.V.m. § 4 Abs. 3 AOP-Vertrag.

Weiter hat die Klägerin einen Anspruch aus § 7 i.V.m. § 4 Abs. 3 AOP-Vertrag für die klinische Untersuchung des G. in Höhe von 1,78 Euro. Die klinische Untersuchung vor der Operation unterfällt nicht § 2 Abs. 2 Satz 2 AOP-Vertrag denn die am 21.07.2005 bei G durchgeführte klinische Untersuchung einschließlich MRT-Diagnostik wurde nicht lediglich zur Prüfung durchgeführt, ob eine ambulante oder eine stationäre Operation durchzuführen war (§ 2 Abs. 2 Satz 2 AOP-Vertrag). Vielmehr handelt es sich um eine präoperative Untersuchung zur Abklärung der gesamten weiteren Heilmaßnahmen im Sinne von § 4 Abs. 3 AOP-Vertrag. Diese sind nach § 7 Abs. 1 AOP-Vertrag gesondert zu vergüten ist. Hierfür kann die Klägerin entsprechend der Aufstellung der Beklagten den "Konsultationskomplex" abrechnen.

Nicht zu folgen ist der Ansicht der Beklagten, dass das Krankenhaus zu den durchgeführten Untersuchungen im Rahmen und zur Vorbereitung der ambulanten Operation nicht befugt gewesen wäre. Denn diese Befugnis folgt allein schon aus den verschiedenen Leistungs- und Abrechnungstatbeständen des AOP-Vertrages. Diese Leistungen sind zu unterscheiden von ambulanten Behandlungen ohne den Zusammenhang mit einer Operation. Zu diesen wäre die Klägerin, wie die Beklagte zu Recht einwendet, nicht zugelassen.

3. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Vergütung einer vorstationären Behandlung nach [§ 115 a SGB V](#) für "Vorstationär Chirurgie" in Höhe von 163,61 Euro (vgl. Rechnung vom 8.12.2005).

Die von der Klägerseite geltend gemachte vorstationäre Behandlung setzt notwendigerweise voraus, dass auch eine stationäre Behandlung stattfand. Eine vorstationäre Behandlung muss im Vorfeld einer vollstationären Krankenhausbehandlung stattfinden gemäß [§ 115 a Abs. 1 Hs. 2 SGB V](#). Insoweit geht es bei der vor- und nachstationären Behandlung um eine "Leistungserbringung eigener Art" als Annex zur vollstationären Versorgung im Krankenhaus und somit um stationäre Behandlung im weiteren Sinne (vgl. BSG, Urteil vom 10.03.2010, [B 3 KR 15/08 R](#) Rdziff. 10, zitiert nach juris), die jedoch von der vollstationären, der teilstationären und der ambulanten Krankenhausbehandlung zu trennen und daher auch gesondert zu vergüten ist. Voraussetzung für eine vorstationäre Behandlung im Sinne von [§ 115 a SGB V](#) ist daher regelmäßig eine nachfolgende vollstationäre Versorgung. Erfolgt allerdings eine ambulante Operation, richtet sich die Vergütung des Leistungserbringers nach [§ 115 b SGB V](#) i.V.m. dem AOP-Vertrag.

Im hier zu entscheidenden Fall wurde eine ambulante Operation vorgenommen i.S.v. [§ 115 b SGB V](#), denn G hat die Nacht vor und die Nacht nach der Operation nicht im Krankenhaus verbracht (vgl. BSG, Urteil vom 04.03.2004, [B 3 KR 4/03 R](#), Rdziff. 27, zitiert nach juris). Für eine Anwendung von [§ 115 a SGB V](#) ist in diesen Fällen jedenfalls dann kein Raum, wenn der AOP-Vertrag spezifische Vergütungstatbestände vorsieht.

Im AOP-Vertrag sind gerade für die hier streitigen voroperativen Untersuchungen umfassende Vergütungstatbestände geschaffen, die keiner Frist wie in [§ 115 a Abs. 2 SGB V](#) unterliegen. Zu nennen sind insbesondere die hier streitgegenständlichen diagnostischen Maßnahmen gemäß § 4 AOP-Vertrag. Weiter regelt § 4 Abs. 2 AOP-Vertrag, dass in den Fällen, in denen trotz der Planung einer ambulanten Operation dennoch eine stationäre Behandlung erforderlich wurde, die vorbereitenden Maßnahmen, die innerhalb der Frist von [§ 115 a Abs. 2 SGB V](#) erbracht wurden, nicht als Eingriffe nach [§ 115 b SGB V](#) abzurechnen sind. Maßnahmen außerhalb der Frist sind damit in diesen Fällen gesondert nach dem AOP-Vertrag abrechenbar. So steht den Krankenhäusern jederzeit die Möglichkeit offen, von einer geplanten ambulanten Operation doch zu einer stationären Operation überzugehen, ohne finanzielle Einbußen zu erleiden. Wird ein Patient an demselben Tag in unmittelbarem Zusammenhang mit dem ambulanten Eingriff eines Krankenhauses stationär aufgenommen, erfolgt die Vergütung nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung beziehungsweise des Krankenhausentgeltgesetzes (§ 7 Abs. 3 AOP-Vertrag).

Diese Regelungen bringen zum Ausdruck, dass grundsätzlich stationäre Maßnahmen nach [§ 115 a SGB V](#) zu vergüten sind, während ambulante Operationen [§ 115 b SGB V](#) i.V.m. dem AOP-Vertrag unterliegen. Daher waren zur Vermeidung von Unklarheiten die besonderen Regelungen erforderlich für den Fall, dass von einer geplanten ambulanten auf eine stationäre Behandlung ausgewichen werden muss, d.h. in einem Behandlungsfall sowohl eine "präoperative Leistung" i.S.v. § 4 AOP-Vertrag bzw. eine ambulante Operation als auch eine stationäre Behandlung erfolgt.

In dem hier zu entscheidenden Fall besteht kein Anlass, bei Durchführung voroperativer Untersuchungen im Vorfeld einer ambulanten Operation ohne stationäre Aufnahme auf [§ 115 a SGB V](#) zurückzugreifen und die unterschiedlichen Systeme miteinander zu vermischen. Bei G wurde eine Arthroskopie der linken Hand vorgenommen, die im Regelfall dem ambulanten Operieren zugewiesen ist gemäß OPS-Code 5-811.27 der Anlage zum AOP-Vertrag. Vom Regelfall abzuweichen besteht im Fall des G kein Anhalt. Es steht fest, dass im Fall des G nach der diagnostizierten Erkrankung nicht von vornherein das Erfordernis einer stationären Behandlung in Betracht zu ziehen war. Internistische Begleiterkrankungen und ähnliches, welche ein ambulantes Operieren erschweren bzw. ausschließen, lagen bei G nicht vor. Dementsprechend erfolgte der Eingriff am 30.08.2005 auch ambulant. Er wurde auch als ambulante Operation abgerechnet und als solche von der Beklagten bezahlt. Abgerechnet wurde ein Gelenkeingriff nach dem OPS-Code 5-811.27 (Arthroskopische Operation an der Synovialis). Dieser ist in der Anlage zum AOP-Vertrag mit der Kategorie der Ziffer 1 versehen. Diese Ziffer kennzeichnet Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden. Ein solcher Regelfall lag bei G nach der medizinischen Dokumentation vor. Aus der dokumentierten Diagnostik ist auch nicht ersichtlich, dass zu irgendeinem Zeitpunkt die stationäre Durchführung der Operation im Raum stand.

4. Die Klägerin kann einen Anspruch auf vorstationäre Behandlung auch nicht aus der Pflegesatzvereinbarung 2005 herleiten, da diese gemäß § 2 Nr. 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHG) nur für stationäre und teilstationäre Behandlungen abgeschlossen werden darf. Liegt eine ambulante Krankenhausbehandlung vor, scheidet eine auf die Vorschriften des KHG und der Bundespflegesatzvereinbarung gestützte Vergütung aus (vgl. BSG, Urteil vom 04.03.2004, [B 3 KR 4/03](#), Rdziff. 17, zitiert nach juris).

5. Eine anderweitige Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Vergütungsanspruch der Klägerin ist nicht ersichtlich. Nachdem landesvertragliche Regelungen gemäß [§ 115 a Abs. 2 SGB V](#) nicht bestanden, sind die "gemeinsamen Empfehlungen für die Vergütung von vor- und nachstationärer Behandlung nach [§ 115 a Abs. 3 SGB V](#)" vom 30.12.1996 heranzuziehen ([§ 115 a Abs. 3 Satz 4 SGB V](#)). Nach diesen Empfehlungen sind Vergütungen für die vor- und nachstationären Behandlungen im Krankenhaus nur dann abrechenbar, wenn die durchgeführten Leistungen nicht über andere Behandlungsformen abgegolten werden. Hierzu zählt auch die ambulante Operation. Wie ausgeführt sind die erbrachten Leistungen im Zusammenhang mit der ambulanten Operation abrechenbar nach dem AOP-Vertrag.

6. Das abweichende Urteil des LSG Saarbrücken vom 14.12.2011, [L 2 KR 122/09](#) lässt sich auf den hier zugrunde liegenden Sachverhalt nicht übertragen. Das LSG Saarbrücken hat entschieden, dass nach einer Verordnung von Krankenhausbehandlung durch einen Vertragsarzt das Krankenhaus eine gesonderte Vergütung nach [§ 115 a Abs. 3](#) i.V.m. Abs. 1 Nr. 1 SGB V verlangen kann, wenn es im Rahmen von Untersuchungen die Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung klärt, auch wenn sich daran eine Behandlung nach [§ 115 b SGB V](#) (ambulantes Operieren im Krankenhaus) anschließt. Es sei ohne Bedeutung, dass diese Leistungen auch außerhalb des Krankenhauses erbracht werden können (Landessozialgericht Saarbrücken a.a.O., Leitsatz). Der Entscheidung lag ein Fall einer ambulanten Gastroskopie bei Verdacht auf ulcus zugrunde. Aus dem Urteil geht nicht hervor, ob der speziell hier durchgeführte Eingriff nach der Anlage zum AOP-Vertrag eine Operation war, die in der Regel ambulant durchzuführen ist.

Der dortige Sachverhalt lässt weiter offen, inwieweit aufgrund der Besonderheiten der Erkrankung bzw. des Alters des Patienten eine stationäre oder eine ambulante Behandlung geplant war. Dem Urteil ist auch nicht zu entnehmen, ob gegebenenfalls Erkrankungen des Patienten einer ambulanten Durchführung möglicherweise hätten entgegenstehen können.

Das LSG Saarbrücken hat insbesondere ausgeführt, dass es bei der Anwendung von [§ 115 a SGB V](#) weder auf die Abgrenzung zwischen ambulantem und stationärem Sektor ankomme noch darauf, ob die vorstationär erbrachte Leistung auch ambulant von Ärzten im niedergelassenen Bereich hätte erbracht werden können (LSG Saarbrücken, a.a.O, Rdziff. 27, zitiert nach juris). Auch setze die Befugnis zur vorstationären Behandlung nicht stets voraus, dass sie im Vorfeld zu einer stationären Behandlung stattfindet. Insoweit steht die Entscheidung des LSG Saarbrücken gänzlich nicht im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, wonach vor- und nachstationäre Behandlung eine "Leistungserbringung eigener Art" darstellen als Annex zur vollstationären Versorgung im Krankenhaus und somit stationäre Behandlung im weiteren Sinne (vgl. BSG, Urteil vom 10.03.2010, [B 3 KR 15/08 R](#) Rdziff. 10, zitiert nach juris), die jedoch von der vollstationären, der teilstationären und der ambulanten Krankenhausbehandlung zu trennen und daher auch gesondert zu vergüten ist.

Die Entscheidung des LSG Saarbrücken lässt darüber hinaus nicht erkennen, ob bei dem zugrundeliegenden Behandlungsfall zunächst eine stationäre Durchführung der Maßnahme geplant war oder ob von Anfang an nur eine ambulante Gastroskopie angestrebt wurde. Auch deshalb kann das Urteil des LSG Saarbrücken nicht auf den hier zu entscheidenden Sachverhalt übertragen werden.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a](#) i.V.m. [§ 155 VwGO](#).

Der Streitwert wird gemäß [§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§§ 52 Abs. 3, 47 GKG](#) auf 231,61 Euro festgesetzt.

Gründe, die Revision zuzulassen, sind nicht ersichtlich, [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2014-11-25