

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 34/93

1. AOK Rheinland,

Düsseldorf, Kasernenstraße 61,

2. Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein,

Düsseldorf, Emanuel-Leutze-Straße 8,

Klägerinnen und Revisionsbeklagte,

g e g e n

Berufungsausschuß für Kassenarztzulassungen Nordrhein,

Düsseldorf, Emanuel-Leutze-Straße 8,

Beklagter und Revisionskläger,

beigeladen:

1.,

Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigter:

2. IKK-Landesverband Nordrhein und Rheinland-Pfalz,

Bergisch Gladbach, St.-Josef-Straße 20,



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

3. Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen,
Essen, Kronprinzenstraße 6,
4. Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft,
Düsseldorf, Merowingerstraße 103,
5. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Siegburg, Frankfurter Straße 84,
6. Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V.,
Siegburg, Frankfurter Straße 84.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 22. Juni 1994 durch den Vorsitzenden Richter F u n k, die Richter Prof. Dr. B a l t z e r und Dr. E n g e l m a n n sowie die ehrenamtlichen Richter G ö t t s c h und Dr. M e r z für Recht erkannt:

Die Revisionen des Beklagten und der Beigeladenen zu 1) gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 14. Juli 1993 werden zurückgewiesen.

Der Beklagte und die Beigeladene zu 1) haben als Gesamtschuldner den Klägerinnen deren Aufwendungen für das Revisionsverfahren zu erstatten.

Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.



Gründe:

I

Streitig ist die Ermächtigung der Beigeladenen zu 1) zur Durchführung ambulanter präoperativer Eigenblutspenden.

Die Beigeladene zu 1) ist Ärztin für Anästhesiologie und Chefärztin der Zentralen Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin eines Krankenhauses und zur Teilnahme an der kassenärztlichen (seit 1. Januar 1993: vertragsärztlichen) Versorgung für ambulante Anästhesieleistungen bei ambulanten Operationen auf Überweisung von allen Kassenärzten ermächtigt.

Der Zulassungsausschuß für Kassenärzte Köln bei der Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) Nordrhein lehnte ihren Antrag auf Erweiterung der Ermächtigung zur Durchführung ambulanter präoperativer Eigenblutentnahmen ab (Bescheid vom 18. Juli 1991), weil diese rein prästationären Leistungen mit dem Pflegesatz abgegolten seien. Auf den Widerspruch der Beigeladenen zu 1) ermächtigte sie der beklagte Berufungsausschuß unter Aufhebung des Bescheides des Zulassungsausschusses bis zum 30. Juni 1994 zur Durchführung der ambulanten präoperativen Eigenblutspende (Erbringung von Leistungen nach den Ziffern 4, 61, 602, 3841, 405, 285 und 271 BMÄ; Bescheid des Beklagten vom 6. Mai 1992).

Auf die Klagen des AOK-Landesverbandes Rheinland (jetzt: AOK Rheinland) und der KÄV Nordrhein hat das Sozialgericht (SG) mit Urteil vom 11. November 1992 die Entscheidung des Beklagten aufgehoben und den Widerspruch der Beigeladenen zu 1) gegen den Bescheid des Zulassungsausschusses zurückgewiesen. Die Berufungen des Beklagten und der Beigeladenen zu 1) sind ohne Erfolg geblieben (Urteil des Landessozialgerichts <LSG> vom 14. Juli 1993). Zur Begründung hat das LSG im wesentlichen ausgeführt, die Ermächtigung von Krankenhausärzten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 116 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beziehe sich ausschließlich auf die ambulante ärztliche Versorgung. Leistungen, die der stationären Versorgung zuzurechnen seien, könnten nicht Gegenstand einer Ermächtigung sein. Das sei aber bei der präoperativen ambulanten Eigenblutspende der Fall. Sie zähle zu den allgemeinen Krankenhausleistungen iS des § 2 Abs 2 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) und werde gemäß § 3 Abs 3 BPfIV mit dem Pflegesatz vergütet. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts <BSG> (Urteil vom 22. März 1984 - 6 RKa 18/82 - = SozR 2200 § 368a Nr 9) sei eine auch ambulant zu erbringende präoperative Leistung der stationären Versorgung zuzurechnen, wenn sie im Hinblick auf eine geplante stationäre Behandlung durchgeführt werde. Entscheidend sei somit, welcher Zweck mit einer präoperativen Leistung verfolgt werde und wer für die



Leistung die Verantwortung trage. Die enge Einbeziehung der von einem Krankenhausarzt im Vorfeld einer Operation vorgenommenen Eigenblutspende in den Verantwortungsbereich des Krankenhauses schließe deren Zuordnung zum ambulanten Bereich aus. Unerheblich sei, daß bei Nichtdurchführung einer Operation das Krankenhaus über den Pflegesatz keine Vergütung für die ambulante Eigenblutentnahme erhalte. Obwohl diese nicht unmittelbar zur vorstationären Behandlung iS des § 115a Abs 1 SGB V zähle, könne der durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) zum 1. Januar 1993 eingeführten Vorschrift entnommen werden, daß die Leistungen, die zur Krankenhausbehandlung zu rechnen seien und in untrennbarem Zusammenhang mit ihr erbracht würden, unmittelbar von den Krankenkassen, mithin nicht aus der Gesamtvergütung für die ambulanten Leistungen, zu vergüten seien. Nicht von Bedeutung sei schließlich, ob die ambulante präoperative Eigenblutentnahme Gegenstand der Pflegesatzverhandlungen gewesen sei.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügen der Beklagte und die Beigeladene zu 1) die Verletzung materiellen Rechts. Die Eigenblutspende sei nicht notwendiger Bestandteil einer stationären Krankenhausbehandlung, sondern eine davon unabhängig zu vergütende, ambulante Krankenhausleistung, zu deren Durchführung es einer Ermächtigung gemäß § 116 Satz 2 SGB V bedürfe. Sie könne als ambulante Leistung auch von niedergelassenen Ärzten mit der Zusatzbezeichnung "Transfusionsmedizin" erbracht werden und sei als solche nach Nr 285 BMÄ abrechnungsfähig. Sie zähle nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen iS der §§ 2 und 3 BPflV, weil sie nicht im Pflegesatz berücksichtigt worden sei. Für einzelne Leistungen, die nicht zum allgemeinen Pflegesatz gehörten, könnten gemäß § 6 Abs 1 BPflV Sonderentgelte vereinbart werden. Im übrigen könnten ambulante Eigenblutentnahmen generell nicht im Pflegesatz aufgenommen werden; denn gemäß § 17 Abs 3 Nr 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) seien nur Kosten zu berücksichtigen, die der stationären oder teilstationären Krankenhausversorgung dienten. § 115a Abs 1 Nr 1 SGB V könne entgegen der Ansicht des LSG nicht herangezogen werden. Die Vorschrift gelte ausschließlich und zwingend nur für vorstationäre Behandlungen von längstens drei Behandlungstagen innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung; Eigenblutentnahmen würden jedoch zwei bis drei Wochen vor der Operation vorgenommen. Ein Vergleich mit der ambulanten Untersuchung auf Narkosefähigkeit sei wegen der unterschiedlichen Zweckrichtung nicht möglich. Es bestehe auch ein Bedarf für die Ermächtigung; denn niedergelassene Vertragsärzte seien zur Eigenblutentnahme nicht berechtigt, und Transfusionsmediziner dürften Patienten, die älter als 65 Jahre sind, keine Eigenblutspenden abnehmen.

Der Beklagte beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 14. Juli 1993 und des Sozialgerichts Köln vom 11. November 1992 abzuändern und die Klagen der



AOK Rheinland und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein gegen den Beschluß des Beklagten vom 6. Mai 1992 abzuweisen.

Die Beigeladene zu 1) beantragt,

die Klage unter Aufhebung der Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 14. Juli 1993 und des Sozialgerichts Köln vom 11. November 1992 abzuweisen.

Die Klägerinnen und die Beigeladenen zu 2) und 3) beantragen,
die Revisionen zurückzuweisen.

Sie halten das angefochtene Urteil für zutreffend und weisen ergänzend darauf hin, daß § 115a SGB V hier nicht anwendbar sei. Nach dieser Vorschrift könnten Leistungen, die bisher stationär erbracht wurden, nunmehr ambulant im Krankenhaus durchgeführt werden. Nicht erfaßt würden hingegen Leistungen, die schon immer ambulant als Teil stationärer Behandlungen erbracht wurden. Die Eigenblutspende diene allein dazu, die Versorgung mit Fremdblut zu ersetzen. Sie stehe ausschließlich im Zusammenhang mit der stationären Operation; ein Bezug zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten bestehe nicht. Die Kosten der Eigenblutentnahme seien zudem ohne weiteres pflegesatzfähig.

Die Beigeladene zu 4) schließt sich den Ausführungen des Beigeladenen zu 2) an. Die übrigen Beteiligten haben sich nicht geäußert.

II

Die Revisionen des Beklagten und der Beigeladenen zu 1) sind nicht begründet. Der Bescheid des Beklagten vom 6. Mai 1992 ist, wie das Berufungsgericht zutreffend entschieden hat, rechtswidrig. Die Beigeladene zu 1) kann die begehrte Ermächtigung nicht erlangen.

Maßgebend für die Beurteilung des Anspruchs der Beigeladenen zu 1) auf Ermächtigung für die Durchführung der präoperativen Eigenblutspende ist § 116 SGB V iVm § 31a Abs 1 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), beide idF des GSG vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S 2266), wobei jedoch inhaltliche Änderungen gegenüber der zuvor gültig gewesenen Fassung der Vorschriften durch das GSG nicht erfolgt sind. Zwar ist bei der hier gegebenen Anfechtungsklage grundsätzlich der Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes für die Beurteilung der Rechtslage maßgebend (vgl. zuletzt BSG SozR 3-1500 § 54 Nr 18). Jedoch sind auch bei der reinen Anfechtungsklage nachfolgende Rechts- oder Sachverhaltsänderungen zu berücksichtigen, wenn der



angefochtene Verwaltungsakt nicht abgeschlossen in der Vergangenheit liegt (vgl dazu mwN Urteil des Senats in BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 1 S 2). Das war bei der von der Beigeladenen zu 1) erstrebten Ermächtigung der Fall, weil sich ihre Wirkung bis zum Endzeitpunkt der Befristung, dem 30. Juni 1994, erstreckte.

Nach § 116 SGB V, § 31a Abs 1 Ärzte-ZV können Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung mit Zustimmung des Krankenhausträgers vom Zulassungsausschuß zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird.

Eine Ermächtigung kann nur für ambulante vertragsärztliche Leistungen, nicht jedoch für der stationären Versorgung zuzurechnende Leistungen erteilt werden (ebenso schon zum Kassenarztrecht der RVO: BSGE 56, 111, 114 = SozR 2200 § 368a Nr 8; BSGE 56, 228 = SozR 2200 § 368a Nr 9). Dies ergibt sich schon daraus, daß § 116 Satz 1 SGB V (§ 31a Abs 1 Satz 1 Ärzte-ZV) von der Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung spricht, diese aber die ambulante Behandlung der Versicherten in erster Linie durch die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen niedergelassenen Ärzte umfaßt (vgl zum Vorrang der niedergelassenen Ärzte bei der ambulanten Versorgung: BSGE 70, 167, 173 = SozR 3-2500 § 116 Nr 2 S 15, mwN). Demgemäß unterscheidet das SGB V auch zwischen den Beziehungen zu Ärzten und Zahnärzten (§§ 72 ff SGB V), also dem vertragsärztlichen Bereich und den Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen (§§ 107 ff SGB V). Diese Bestimmungen knüpfen an die leistungsrechtliche Aufgliederung der Krankenbehandlung in eine ärztliche Behandlung (§ 27 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGB V) und in eine Krankenhausbehandlung (Nr 5 aa0) an. Die Aufteilung der Versorgung der Versicherten in eine - ambulante - ärztliche Behandlung und eine Krankenhausbehandlung wird durch die Neuregelungen des GSG nicht in Frage gestellt. Zwar ist in den §§ 115a, 115b SGB V die Berechtigung zur vor- und nachstationären ambulanten Behandlung und zum ambulanten Operieren im Krankenhaus vorgesehen. Dadurch wird jedoch, wie der Senat schon früher in anderem Zusammenhang dargelegt hat (BSGE 73, 25, 28 f = SozR 3-2500 § 116 Nr 4 S 28), der grundsätzliche Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte bei der ambulanten Behandlung nicht aufgehoben. Dies wird auch durch die Regelung des § 115a Abs 2 Satz 4 SGB V belegt, nach der eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten vorbehalten bleibt. Die Erweiterung der ambulanten Behandlungsberechtigung für Krankenhäuser ist somit nur auf bestimmte, eng begrenzte Bereiche beschränkt, um durch eine Reduzierung der vollstationären



Behandlung eine Verminderung der Krankenhauskosten zu erreichen (vgl Begründung des Entwurfs zum GSG, BT-Drucks 12/3608, S 102, zu Nr 63).

Da somit ärztliche Leistungen, wenn sie der stationären Versorgung zuzurechnen sind, nicht Gegenstand einer Ermächtigung iS des § 116 SGB V, § 31a Abs 1 Ärzte-ZV sein können, ist eine Entscheidung über die Zugehörigkeit einer Leistung zum ambulanten oder stationären Bereich erforderlich (BSGE 56, 111, 114 = SozR aa0). Ausgangspunkt der diesbezüglichen Prüfung ist § 39 Abs 1 Satz 3 SGB V, in dem der Umfang der Krankenhausbehandlung festgelegt wird. Diese umfaßt danach im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs 1 SGB V), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Diesem leistungsrechtlichen Begriff der Krankenhausbehandlung entspricht weitgehend die normative Definition der allgemeinen Krankenhausleistung in der BpflV, die sich auf Vergütung der stationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser bezieht. Gemäß § 2 Abs 2 BpflV fallen unter die allgemeinen Krankenhausleistungen die Leistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses für eine nach Art und Schwere der Erkrankung des Patienten medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind. Mit den Pflegesätzen werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet (§ 3 Abs 2 Satz 1 BpflV).

Als problematisch erweist sich die Zuordnung zur ambulanten oder stationären Versorgung bei solchen Leistungen, die zwar ambulant, aber im Hinblick auf eine stationäre Behandlung durchgeführt werden. Sie beurteilt sich unter Berücksichtigung des Zusammenhanges mit der stationären Behandlung, der Art und Weise ihrer Erbringung und der Funktion der Leistung. Ambulant durchgeführte Leistungen sind der stationären Versorgung zuzurechnen, wenn sie nach Art und Schwere der Erkrankung für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus erforderlich sind, im Hinblick auf eine bevorstehende stationäre Behandlung und unter der Verantwortung eines im Krankenhaus tätigen Arztes erbracht werden sowie eine ansonsten erforderliche stationäre Leistung ersetzen, an ihre Stelle treten oder diese überflüssig machen. Diese Kriterien sind bei den präoperativen Eigenblutentnahmen, für die die Beigeladene zu 1) ermächtigt werden will, erfüllt.

Präoperative Eigenblutentnahmen können nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sein, wobei offen bleiben kann, welche der in § 39 Abs 1 Satz 3 SGB V genannten Leistungsarten sie zuzuordnen sind. Die Eigenblutspende wird als die sicherste und risikoärmste Form der Blutübertragung betrachtet, die der Fremdblutübertragung vorzuziehen ist (vgl



Bundesgerichtshof <BGH> Urteil vom 17. Dezember 1991 - VI ZR 40/91 = NJW 1992, 743, 744 = MedR 1992, 159, 160 mwN). Nach der genannten Entscheidung des BGH sind die Ärzte bei einer bevorstehenden oder geplanten Operation verpflichtet, Patienten auf den Weg der Eigenblutspende als Alternative zur Transfusion von Fremdspenderblut hinzuweisen, soweit für sie diese Möglichkeit besteht und sofern ernsthaft in Betracht kommt, daß intra- oder postoperativ eine Bluttransfusion erforderlich werden kann.

Die präoperative Eigenblutgewinnung erfolgt des weiteren im Hinblick auf eine bevorstehende stationäre Behandlung. Sie wird nämlich ausschließlich aus Anlaß und zur Vorbereitung einer Operation durchgeführt und steht mit dieser in engem zeitlichen Zusammenhang (vgl dazu auch: Richtlinien zur Blutgruppenbestimmung und Bluttransfusion, Bundesgesundheitsblatt 1992, 96, 105, unter 9.2.1). Die Eigenblutentnahme, die Lagerung des Blutes und seine Übertragung finden in der Regel in demselben Krankenhaus statt, weil nach dem Arzneimittelgesetz in einem Haus ohne Blutbank Personenidentität zwischen herstellendem und retransfundierendem Arzt bestehen muß (vgl Lippert, Versicherungsrecht 1992, 790, 794; Weißauer/Opderbecke, MedR 1992, 307, 309), und sie erfolgt in Zusammenarbeit mit dem übrigen Klinikpersonal. Die Entscheidung, ob und in welchem Umfang Eigenblut für eine bevorstehende Operation gespendet werden soll und ob es während der Operation benötigt wird, treffen Anästhesist und Operateur, mithin in aller Regel - von hier zu vernachlässigenden Ausnahmen abgesehen - Krankenhausärzte. Das Eigenblut dient schließlich als Ersatz für Fremdblutkonserven. Es tritt an die Stelle von Fremdblut, das dem Versicherten während einer stationären Behandlung zugeführt wird. Bei der Transfusion mit Fremdblut während eines stationären Krankenhausaufenthaltes handelt es sich, was nicht näher belegt zu werden braucht, um eine der stationären Versorgung zuzurechnende Leistung (§ 39 Abs 1 Satz 3 SGB V, § 2 Abs 2 BPflV).

Der Zuordnung der präoperativen Eigenblutspende, die unter der Verantwortung eines Krankenhausarztes im Hinblick auf eine bevorstehende operative Behandlung durchgeführt wird, zur stationären Behandlung kann nicht entgegengehalten werden, daß die Eigenblutspende ambulant erbracht wird, also vor der stationären "Aufnahme" (§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V) des Versicherten in das Krankenhaus vorgenommen wird. In Fällen der vorliegenden Art erweist sich die stationäre Aufnahme nicht als maßgebliches Kriterium für die Zuordnung zur ambulanten oder stationären Versorgung der Versicherten (vgl bereits Urteil des Senats vom 22. März 1984 = BSGE 56, 228, 229 = SozR aaO). Eine Auslagerung von stationär zu erbringenden Leistungen in den ambulanten Bereich vermag an der rechtlichen Zuordnung zur Krankenhausbehandlung nichts zu ändern.



Nach allem sind präoperative Eigenblutspenden im oben bezeichneten Sinn der Krankenhausbehandlung iS des § 39 Abs 1 Satz 3 SGB V zuzurechnen (im Ergebnis ebenso: Kamps, Arzt- und Kassenarztrecht im Wandel, Festschrift für Narr, 1988, S 230, 245; Besprechungsergebnis der Spitzenverbände der Krankenkassen, ErsK 1989, 453; Besprechungsergebnis der Spitzenverbände der Krankenkassen, DOK 1994, 225, 228). Als allgemeine Krankenhausleistung iS des § 2 Abs 2 BPflV sind sie mit dem Pflegesatz abzugelten. Unerheblich ist insoweit, ob die Kosten der Eigenblutspende ausdrücklich Gegenstand der Pflegesatzverhandlungen waren.

Die Revisionen waren daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
([mobile App](#))



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)