

L 12 KA 268/04

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 21 KA 1585/01
Datum
13.11.2003
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 268/04
Datum
09.08.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 7/07 B
Datum
13.03.2007
Kategorie
Urteil

I. Auf die Berufungen der Beklagten, Beigeladenen zu 1), zu 5) und zu 6) wird das Urteil des Sozialgerichts München vom 13. November 2003 aufgehoben. II. Die Klage wird abgewiesen.
III. Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.
IV. Der Kläger hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten des Verfahrens zu erstatten.
V. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

In diesem Rechtsstreit geht es um eine Belegarztanerkennung.

Der Kläger ist als Anästhesist in N. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Mit Schriftsatz vom 16. März 2000 und später mit Formular vom 19. Mai 2000 beantragte er bei der Beklagten die Anerkennung als Belegarzt ab 1. Januar 1999 in der S.-Klinik am B., W. Straße N ... Er wolle im Rahmen der Versorgung von Schmerzpatienten stationär belegärztlich tätig werden. Dazu legte er ein Schreiben des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit vom 9. März 2000 vor, in dem dieses ihm mitteilte, die Anästhesie sei als Fachrichtung nicht in den Fachrichtungskatalog des Krankenhausplanes des Freistaates Bayern aufgenommen. Sie werde deshalb generell bei keinem Krankenhaus im Krankenhausplan gesondert ausgewiesen. Die S.-Klinik N. am B., sei als Krankenhaus der Versorgungsstufe I mit 90 Betten und den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Geburtshilfe und Gynäkologie sowie HNO-Heilkunde in den Krankenhausplan aufgenommen. Soweit daran gedacht sei, in dieser Klinik stationäre Schmerztherapie im Rahmen des bestehenden Bettenkontingents und der dort anerkannten Fachrichtungen zu betreiben, sei dafür eine krankenhauplanerische Anerkennung weder erforderlich noch möglich. Das gelte auch für die Frage, ob die stationäre Behandlung von Schmerzpatienten von angestellten Ärzten oder von Belegärzten angeboten werden solle. Ferner legte der Kläger eine Erklärung des Krankenhausträgers vor, wonach ihm ab 1. Juni 2000 in der Abteilung "Innere Medizin" insgesamt bis zu zwei Belegbetten zur Verfügung stünden.

Die Beklagte lehnte diesen Antrag mit Bescheid vom 8. August 2000 ab. Nachdem die Fachrichtung Anästhesiologie nicht im Krankenhausplan des Freistaates Bayern ausgewiesen werde, könne einer Belegarztstätigkeit an der S.-Klinik nicht zugestimmt werden. Darüber hinaus hätten die Krankenkassen darauf hingewiesen, dass mit der S.-Klinik, einem Krankenhaus der I. Versorgungsstufe, keine Vereinbarung über die Einrichtung schmerztherapeutischer Betten im stationären Bereich getroffen worden sei. Unabhängig davon sei eine Mitbehandlung zur Durchführung schmerztherapeutischer Leistungen möglich, sofern der Kläger von Belegärzten entsprechend den vertragsarztrechtlichen Bestimmungen hinzugezogen werde.

Der Kläger hat dagegen mit Schriftsatz vom 24. August 2000 Widerspruch eingelegt und darin unter anderem ausgeführt, dass die Schmerztherapie im Krankenhausplan nicht aufgeführt sei, stehe der Einrichtung von Belegbetten nicht entgegen. Er verwies insoweit auf das oben genannte Schreiben des Staatsministeriums. Die im Bescheid genannte Mitbehandlung von stationären Schmerzpatienten anderer Disziplinen werde von ihm bereits durchgeführt und stehe hier nicht zur Debatte. Eine sinnvolle und erfolgversprechende Therapie an chronischen Schmerzpatienten sei medizinisch nur in ambulanter und stationärer Ver Zah- nung möglich. Der Status des Belegarztes sei zur Finanzierung des enormen Aufwandes unabdingbar. In der Region N. bestehe ein großer Versorgungsbedarf für Schmerzpatienten.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 18. April 2001 zurück. Nach § 40 Abs.1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 32 Abs.1 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä) setze die Anerkennung als Belegarzt voraus, dass an dem betreffenden Krankenhaus eine Belegabteilung der entsprechenden Fachrichtung nach Maßgabe der Gebietsbezeichnung (Schwerpunkt) der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayern (WBO) in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan oder mit dem Versorgungsvertrag

ingerichtet sei. Die S.-Klinik am B. in N. sei im Krankenhausplan des Freistaats Bayern mit den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde, Geburtshilfe und HNO-Heilkunde aufgenommen. Die Anästhesiologie hingegen sei im Krankenhausplan (noch) nicht als Fachrichtung vorgesehen. Bereits aus diesem Grund habe dem Antrag auf Anerkennung als Belegarzt in der S.-Klinik nicht stattgegeben werden können. Die Fachrichtung Anästhesiologie sei keine eigene Fachrichtung im Krankenhausplan des Freistaates Bayern. Die S.-Klinik sei ein Krankenhaus der I. Versorgungsstufe. Diese Krankenhäuser stünden planerisch jeweils im Zusammenhang mit dem Leistungsangebot eines anderen Krankenhauses (in der Regel der II. Versorgungsstufe). Sie leisteten einen Beitrag zur Grundversorgung der Bevölkerung, vor allem in den Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin. Teilgebiete einer Fachrichtung würden dort nicht vorgehalten. Der Antrag sei auch deswegen abzulehnen, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sich gegen die Anerkennung ausgesprochen hätten.

Der Kläger hat dagegen Klage zum Sozialgericht München (SG) erhoben. In der Klagebegründung wurde unter anderem ausgeführt, der Kläger arbeite im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit seit Jahren mit der S.-Klinik am B. zusammen. Er nehme an der Ersatzkassenvereinbarung zur ambulanten Behandlung von chronischen Schmerzpatienten teil. Die entsprechende Anerkennung sei ihm bereits im Oktober 1999 erteilt worden. Von der Bayer. Landesärztekammer habe er die Berechtigung zur Führung der Bezeichnung "spezielle Schmerztherapie" erhalten. Der Kläger werde auch regelmäßig zur Mitbehandlung von stationären Schmerzpatienten anderer Belegärzte der S.-Klinik hinzugezogen. Unstreitig bedürfe die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten oftmals einer stationären Behandlung. Deshalb würden auch in Bayern an vielen Plan- und Versorgungskrankenhäusern eigene stationäre schmerztherapeutische Abteilungen vorgehalten. Darüber hinaus gebe es in Bayern auch Kliniken, die sich ausschließlich mit der stationären Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten befassen. Dazu werden einige Beispiele genannt. Bei der Schmerztherapie handelt es sich um eine Behandlungsrichtung, die nicht ausschließlich einem Fachgebiet zugeordnet werden könne. Sie obliege den Fachgebieten Orthopädie, Neurologie, Innere Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, insbesondere aber auch dem Gebiet der Anästhesie. Die stationäre anästhesiologische Tätigkeit im Zusammenhang mit der Schmerzbehandlung erfolge im gesamten Bundesgebiet in Krankenhäusern, ohne dass es in irgendeinem dieser Krankenhäuser eine Haupt- oder Belegabteilung für Anästhesiologie gebe. Vielmehr würden diese Patienten immer einer der klassischen in den jeweiligen Krankenhausplänen aufgenommenen Fachrichtungen, wie zum Beispiel Innere Medizin, zugeordnet. Die Ablehnung der Anerkennung des Klägers als Belegarzt in der S.-Klinik sei rechtswidrig, da § 40 BMV-Ä bzw. § 32 EKV-Ä bereits von der Ermächtigungsgrundlage der §§ 115 Abs.2 i.V.m. 121 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) nicht gedeckt sei. Wenn man dieser Auffassung nicht folge, lege die Beklagte die §§ 40 BMV-Ä und 32 EKV-Ä zu restriktiv aus. Dadurch sei der Kläger in seinem Recht der Berufsausübungsfreiheit gemäß Art.12 Grundgesetz (GG) verletzt. Zwar sei die S.-Klinik formal-planerisch eine Klinik der Versorgungsstufe I, es würden jedoch sowohl das Fachgebiet Chirurgie als auch Innere Medizin vorgehalten und darüber hinaus auch noch die Fachrichtungen HNO-Heilkunde und Gynäkologie und Geburtshilfe. Eine Vereinbarung zwischen der S.-Klinik und den Kostenträgern über die Einrichtung schmerztherapeutischer Betten sei nach den gesetzlichen und den vertraglichen Vorschriften nicht Voraussetzung für eine Belegarztanerkennung. Einer krankenhauplanerischen Entscheidung bedürfe es hinsichtlich des Angebots stationärer Schmerztherapie nicht. Schon jetzt fänden stationäre Schmerztherapien in den Betten der vorhandenen vier Fachgebiete statt, zu denen der Kläger regelmäßig zur Mit- und/oder Konsiliarbehandlung durch die anderen Belegärzte hinzugezogen werde. Es gehe ausschließlich um die Frage, ob der Kläger seine eigenen stationären Schmerzpatienten im Wege der belegärztlichen Tätigkeit behandeln könne. Die §§ 115 Abs.2 und 121 SGB V schränken die belegärztliche Tätigkeit nicht auf bestimmte Fachgebiete ein. Im Hintergrund stehe der gesetzgeberische Wille zur Förderung des Belegarztwesens. Würde man der Anwendungsweise der Beklagten und der Beigeladenen folgen, würde dies eine Beschränkung der belegärztlichen Tätigkeit auf die 18 im Krankenhausplan genannten Fachrichtungen bedeuten, während es in der WBO bereits 38 Fachgebiete mit zum Teil schwerwiegendem klinischen Bezug gebe. Eine solche Einschränkung sei den §§ 121 und 115 Abs.2 SGB V nicht zu entnehmen. Das Bundessozialgericht (BSG) habe bereits mit Urteil vom 16. April 1996 zum damaligen § 368g Reichsversicherungsordnung (RVO) festgestellt, dass die bundesgesetzgeberischen Regelungen keinen Anhaltspunkt für die Beschränkung belegärztlicher Tätigkeit auf bestimmte Fachgebiete enthielten. Das Krankenhausrecht basiere auf bundesgesetzlichen Vorschriften des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPFV). Im Entgeltkatalog nach § 17 Abs.2a KHG, Teil C werde neben dem Belegoperateur und der Beleghebamme ausdrücklich der Beleganästhesist im Sinne des § 23 BPFV genannt. Der Gesetzgeber gehe also davon aus, dass Anästhesisten als Belegärzte stationär ihre eigenen Patienten behandeln könnten. Dagegen würde die Anwendungsweise der §§ 40 BMV-Ä und 32 EKV-Ä durch die Beklagte verstoßen. Die Beklagte besitze keinerlei krankenhauplanerische Prüfungscompetenz, da sie ausschließlich für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung zuständig sei. Das zuständige Ministerium habe darauf hingewiesen, dass für den Betrieb einer stationären Schmerztherapie im Rahmen der bestehenden Bettenkontingente keine krankenhauplanerische Anerkennung erforderlich oder möglich sei. Die Klägerbevollmächtigten verweisen auf zwei Kliniken, in denen in 20 Betten des Fachgebiets Innere Medizin ausschließlich stationäre Schmerztherapie betrieben werde. Die S.-Klinik habe sich dazu entschieden, zwei Planbetten der Inneren Medizin als stationäre schmerztherapeutische Belegbetten zu führen. Damit lägen die rechtlichen Voraussetzungen der §§ 40 Ziffer 1 BMV-Ä und 32 EKV-Ä vor. Es sei allein Entscheidung des Krankenhausträgers, inwieweit er die Patientenversorgung über Hauptabteilungen oder über Belegabteilungen abdecken wolle. Folgte man der Auffassung der Beklagten, käme man zu dem Ergebnis, dass es in Bayern keine stationäre schmerztherapeutische Versorgung der Bevölkerung geben könnte, da im Krankenhausplan die Fachrichtung nicht ausgewiesen sei. Tatsächlich gebe es aber in Bayern durchaus Anästhesisten, die eine Belegarztanerkennung hätten, wie sich bei Durchsicht des von der Beklagten geführten Arztverzeichnisses zeige. Dazu werden vier Fälle benannt. Die Beklagte verletze den Grundsatz der Gleichbehandlung, in dem sie gegen die Selbstbindung der Verwaltung verstoße.

Das SG hat mit Urteil vom 13. November 2003 die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verurteilt, über den Antrag des Klägers auf Belegarztanerkennung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Der Kläger dürfe als Facharzt für Anästhesiologie eigene Patienten, vor allem Schmerzpatienten, in eigenen ihm aufgrund eines Belegarztvertrages zur Verfügung gestellten Betten behandeln. Auf den Umstand, dass in der S.-Klinik keine entsprechende Fachrichtung eingerichtet sei, komme es nicht an, denn Krankenhäuser mit der Fachrichtung Anästhesiologie dürften es wohl kaum geben. Die Bestimmungen des § 40 Abs.1 BMV-Ä und des § 32 Abs.1 EKV-Ä müssten im Hinblick auf Art.12 Abs.1 Satz 2 GG verfassungskonform ausgelegt werden. Die Anerkennung als Belegarzt könne jedoch nur im Einvernehmen mit allen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen erfolgen. Dieses Einvernehmen sei nicht hergestellt. Die Beklagte werde über den Antrag des Klägers nach einer förmlichen Einholung der hierfür vorgesehenen Erklärungen nochmals entscheiden müssen, wobei es ohne Bedeutung sein werde, dass in der S.-Klinik eine Abteilung für Anästhesiologie nicht bestehe. Die beantragten zwei Belegbetten könnten wie vorgesehen in der Abteilung für Innere Medizin anerkannt werden.

Gegen dieses Urteil haben der Kläger, die Beklagte, die Beigeladenen zu 1), 5) und 6) Berufung eingelegt. Die Beklagte hat zur Begründung ihrer Berufung ausgeführt, sie bestreite nicht, dass es grundsätzlich möglich wäre, dass ein Arzt für Anästhesiologie eigene Patienten in eigenen Planbetten behandle, wenn die in den einschlägigen Bestimmungen normierten Voraussetzungen vorlägen. Es sei richtig, dass chronisch schmerzkranken Patienten im gesamten Bundesgebiet auch stationär im Krankenhaus behandelt würden, ohne dass an diesen Krankenhäusern eine Haupt- oder Belegabteilung für Anästhesiologie sei. Die Patienten würden regelmäßig in Betten anderer Fachrichtungen aufgenommen, auch wenn im Einzelfall Schmerztherapie von einem Anästhesisten durchgeführt werde. Dieser werde von den Fachärzten der am Krankenhaus mit Planbetten vertretenen Fachgebiete zur Mit- oder Konsiliarbehandlung herangezogen. Dieses Verfahren werde auch an der S.-Klinik vom Kläger praktiziert. Ein Gleichheitsverstoß liege nicht vor, weil der Kläger nicht die gleichen tatbestandlichen Voraussetzungen erfülle, wie die in der Klagebegründung genannten Vertragsärzte. Drei davon verfügten über eine Zulassung für ein weiteres Fachgebiet und hätten die Belegarztanerkennung für dieses andere Fachgebiet in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan erhalten. Der vierte Fall sei nicht bekannt. Belegärztliche Leistungen könnten nur an Krankenhäusern erbracht werden, wenn und soweit das Krankenhaus gemäß [§ 108 SGB V](#) zur Krankenbehandlung zugelassen sei (§ 38 Nr.1 BMV-Ä, § 30 EKV-Ä). Das BSG habe die Rechtmäßigkeit dieser Verweisung in seinem Urteil vom 15. Mai 1991 nicht bezweifelt. Bei der S.-Klinik handle es sich um ein Krankenhaus der ersten Versorgungsstufe. Die Klinik sei im Krankenhausplan mit 90 Betten und den Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe und HNO ausgewiesen. Krankenhäuser der ersten Versorgungsstufe leisteten einen Beitrag zur Grundversorgung der Bevölkerung, vor allem in den Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin (Krankenhausplan des Freistaates Bayern Nr.5.2.1). Die nach § 40 Abs.1 BMV-Ä, § 32 Abs.1 EKV-Ä für die Belegarztanerkennung notwendige Belegabteilung der entsprechenden Fachrichtung könne nicht dadurch geschaffen werden, dass die S.-Klinik einzelne Betten der Abteilung Innere Medizin einseitig für umgewidmet erkläre. In diesem Zusammenhang spiele es keine Rolle, dass es Sache der Organisationsfreiheit des Krankenhauses sei, ob eine Abteilung als hauptamtliche oder belegärztliche Abteilung geführt werden solle, denn bei dieser Entscheidung gebe es keine Veränderung zu den im Krankenhausplan ausgewiesenen Fachgebieten und Bettenzahlen. Die Beklagte könne auch deshalb dem Antrag des Klägers nicht entsprechen, weil das hierfür notwendige Einvernehmen mit den Krankenkassen nicht hergestellt werden können.

Die Beigeladene zu 1) hat mit Schriftsatz vom 5. Mai 2004 ausdrücklich festgestellt, dass sie ihr Einvernehmen bisher nicht erteilt habe und auch nicht erteilen werde. Das BSG habe zwar entschieden, dass Anästhesisten grundsätzlich als Belegärzte zugelassen werden könnten. Eine Aussage dahingehend, dass die Anerkennung für ein Krankenhaus jedweder Versorgungsstufe zu erteilen sei, sei dieser Entscheidung aber nicht zu entnehmen. Die S.-Klinik sei Belegkrankenhaus der ersten Versorgungsstufe im Sinne des Krankenhausplanes des Freistaates Bayern. Sie leiste damit einen Beitrag zur Grundversorgung der Bevölkerung, vor allem in den Fachrichtungen Chirurgie und Innere Medizin. Teilgebiete einer Fachrichtung würden dort nicht vorgehalten. Aus der Tatsache, dass die Anästhesie im Krankenhausplan nicht als eigene Fachrichtung genannt sei, könne nicht generell der Schluss gezogen werden, dass einem Anästhesisten unter Berücksichtigung der BSG-Rechtsprechung stets eigene Belegbetten an einem Haus der ersten Versorgungsstufe einzuräumen und von den Kostenträgern ohne Berücksichtigung weiterer Fakten zu akzeptieren seien. Die Schmerzbehandlung als eigenes belegärztliches Leistungsangebot gehe eindeutig über die Grundversorgung im Sinne der Krankenhausplanung hinaus. Davon unberührt bleibe die konsiliarärztliche Tätigkeit bzw. Hinzuziehung in anderen Belegarztfällen. Es gebe sehr wohl Schmerzkliniken zum Teil als universitäre Einrichtungen an Krankenhäusern der vierten Versorgungsstufe oder als Fachkrankenhäuser. Die Schmerztherapie sei Krankenhäusern der vierten Versorgungsstufe vorbehalten. Im Übrigen bestehe mit der S.-Klinik keine vertragliche Vereinbarung für die Einrichtung entsprechender Belegbetten. Es gebe insoweit auch keinen Versorgungsvertrag. Wollte man den Ausführungen des Erstgerichts folgen, hätte dies zur Konsequenz, dass jedes Krankenhaus, auch ein solches der ersten Versorgungsstufe, sein Leistungsangebot selbst bestimmen und damit die Bedarfsplanung jegliche Bedeutung verliere.

Auch die Beigeladenen zu 5) und zu 6) haben mit Schriftsatz vom 04.05.2004 der Belegarztanerkennung ausdrücklich nicht zugestimmt. Am Krankenhaus sei keine Belegabteilung der entsprechenden Fachrichtung in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan eingerichtet. Bei Krankenhäusern der Versorgungsstufe I würden Abteilungen für Teilgebiete einer Fachrichtung nicht vorgehalten.

Die Klägerbevollmächtigten halten die Entscheidung des SG im Wesentlichen für richtig und verweisen auf zwei Urteile der 43. Kammer des SG betreffend plastische Chirurgie zugunsten der dortigen Kläger, wo die Krankenkassen ihre Berufung nach entsprechenden Hinweisen des Senats jeweils zurückgenommen hätten (Schriftsatz vom 05.08.2006). Sie legen ein Schreiben der Arbeitsgemeinschaft der Bayer. Krankenkassenverbände an die S.-Klinik vom 19.07.2006 vor, in dem diese unter anderem ausführt, multimodale Schmerztherapie könne in vollstationärer Form von Plankrankenhäusern angeboten werden, ohne dass es einer krankenhausesplanerischen Genehmigung bedürfe. Falsch sei das Urteil des SG insofern, als die fehlende Zustimmung der Krankenkassen durch die Gerichtsentscheidung ersetzt werde und der Belegarztanerkennung nicht im Wege stehe.

Der Kläger beantragt, die Berufung der übrigen Beteiligten zurückzuweisen und die Beklagte in Abänderung des Urteils des Sozialgerichts München vom 13.11.2003 zu verurteilen, den Kläger als Belegarzt in der S.-Klinik in N. anzuerkennen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte sowie die Beigeladenen zu 1), 3), 4), 5) und 6) beantragen, das Ersturteil aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Dem Senat liegen die Akte der Beklagten, des SG München mit dem Az.: S 21 KA 1185/01 sowie die Berufungsakte mit dem Az.: [L 12 KA 268/04](#) vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegten Berufungen sind zulässig ([§§ 143, 151 Abs.1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -), die der Beklagten und der Beigeladenen zu 1), 5) und 6) auch begründet.

Zu Recht hat die Beklagte die vom Kläger beantragte Anerkennung als Belegarzt an der S.-Klinik am B. in N. abgelehnt und die Krankenkassenverbände haben zu Recht ihre Zustimmung hierzu verweigert.

Nach den insoweit gleichlautenden [§§ 40 Abs.1 BMV-Ä](#) und [32 Abs.1 EKV-Ä](#) setzt die Anerkennung als Belegarzt voraus, dass an dem betreffenden Krankenhaus eine Belegabteilung der entsprechenden Fachrichtung nach Maßgabe der Gebietsbezeichnung (Schwerpunkt) der

Weiterbildungsordnung in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan oder mit dem Versorgungsvertrag eingerichtet ist. Nach Abs.2 der vorgenannten Bestimmungen entscheidet über die Anerkennung als Belegarzt die für seinen Niederlassungsort zuständige Kassenärztliche Vereinigung auf Antrag im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen. Nach § 40 Abs.2 Satz 2 BMV-Ä sind bei der Entscheidung die Ziele der Krankenhausplanung zu berücksichtigen. (In § 32 Abs.2 EKV-Ä fehlt der letzte Satz.)

Der Kläger ist als Anästhesist zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Zwar sind Anästhesisten nach bundesrechtlichen Vorschriften von einer belegärztlichen Tätigkeit nicht grundsätzlich ausgeschlossen (vgl. Urteil des BSG vom 16. April 1986, Az: 6 RKA 24/84 = SozR 2200 § 368g Nr.14), doch sind die Voraussetzungen der o.g. Bestimmungen im vorliegenden Fall nicht erfüllt. Eine Belegabteilung für Anästhesie gibt es an der S.-Klinik am B. in N. nicht, ebenso wenig eine Hauptabteilung. Der Kläger hat dazu erklärt, dass die Klinikleitung ihm zwei Betten aus der internistischen Fachabteilung zur Verfügung stellen würde. Damit kann jedoch nach der Auffassung des Senats den Anforderungen der o.g. bundesmantelvertraglichen Bestimmungen nicht genüge getan werden. Denn dies stünde nicht im Einklang mit der Krankenhausplanung. Zwar wird die Anästhesie im Fachrichtungskatalog des Krankenhausplanes des Freistaates Bayern als Fachrichtung nicht gesondert geführt und ist deshalb im Krankenhausplan bei keinem Krankenhaus gesondert ausgewiesen (vgl. Schreiben des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit an den Kläger vom 9. März 2000, Bl.1, 2 der Verwaltungsakten). Das Ministerium führt dazu weiter aus, wenn eine Klinik stationäre Schmerztherapie im Rahmen des bestehenden Bettenkontingents und der dort anerkannten Fachrichtungen betreiben wolle, sei dafür eine krankenhauplanerische Anerkennung weder erforderlich noch möglich (a.a.O.). Daraus folgt indessen nicht, dass es im freien Belieben des Krankenhausträgers stünde, an jedweden Krankenhaus eine Fachabteilung für Anästhesie aufzumachen, dort Belegbetten für Schmerztherapie einzurichten und damit die Voraussetzungen der §§ 40 Abs.1 BMV-Ä bzw. 32 Abs.1 EKV-Ä zu schaffen. Denn wenn auch im bayerischen Krankenhausplan die Anästhesie als Fachrichtung bei den einzelnen Plankrankenhäusern nicht gesondert ausgewiesen ist, sind doch im Rahmen der Belegarztanerkennung nach §§ 40 Abs.1 BMV-Ä und 32 Abs.1 EKV-Ä die Belange der Krankenhausplanung insbesondere auch von den Krankenkassen, deren Zustimmung notwendige Voraussetzung der Anerkennung durch die KÄV ist, zu berücksichtigen. Die S.-Klinik ist als Allgemeinkrankenhaus der I. Versorgungsstufe in den Krankenhausplan des Freistaates Bayern, Stand 01.01.2006 (31.Fortschreibung), unter der KeZ 5 64 06 aufgenommen. Die Krankenhausplanung ist in Art. 3 ff. des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) geregelt, dessen Ziel die bedarfsgerechte stationäre Versorgung der Bevölkerung durch ein funktional abgestuftes und effizient strukturiertes Netz einander ergänzender Krankenhäuser ist (Art.1 Abs.1 S.1 BayKrG in der ab 1. Juli 2006 geltenden Fassung des Gesetzes zur Änderung des Bayerischen Krankenhausgesetzes vom 23.05.06, GVBl. S.295). Der Krankenhausplan stellt die für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser nach Standort, Zahl der Betten und teilstationären Plätze, Fachrichtungen, sowie Versorgungsstufen dar (Art.4 Abs.1 BayKrG). Er legt Allgemeinkrankenhäuser mit drei Versorgungsstufen und Fachkrankenhäuser fest (Art.4 Abs.2 S.1 BayKrG). Allgemeinkrankenhäuser der I. Versorgungsstufe dienen der Grundversorgung. Krankenhäuser der II. Versorgungsstufe erfüllen in Diagnose und Therapie auch überörtliche Schwerpunktaufgaben. Krankenhäuser der III. Versorgungsstufe halten im Rahmen des Bedarfs ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot sowie entsprechende medizinisch-technische Einrichtungen vor (a.a.O., S.2-4). In Art.4 BayKrG in der vor dem 1. Juli 2006 geltenden Fassung waren noch vier Versorgungsstufen für Allgemeinkrankenhäuser vorgesehen. Den Krankenhäusern der II. Versorgungsstufe oblag die Grundversorgung. Die Krankenhäuser der I. Versorgungsstufe leisteten dazu einen Beitrag (Art.4 Abs.3 und 4 BayKrG a.F.). Durch die Neufassung mit Gesetz vom 23. Mai 2006 wurden die bisherigen Stufen I. und II. zusammengefasst. Krankenhäuser der bisherigen Stufen I. und II. gelten nach der Übergangsregelung in Art.28 Abs.2 Nr.1 des Gesetzes vom 23. Mai 2006 ab dem 1. Juli 2006 als Krankenhäuser der I. Versorgungsstufe. Es kann dahingestellt bleiben, ob dies für die S.-Klinik, die der bisherigen Stufe I. angehörte, eine gewisse Aufwertung bedeutet, denn auch nach der Neuregelung beschränkt sich ihr Versorgungsauftrag auf die Teilnahme an der Grundversorgung.

Dasselbe ergibt sich aus Teil I Nr. 5.2 des auf der Grundlage des BayKrG erstellten Krankenhausplanes des Freistaates Bayern, Stand 1.1.2006 (31.Fortschreibung). Nach Nr. 5.2.1, a.a.O., stehen Krankenhäuser der I. Versorgungsstufe (i.S.v. § 4 Abs.3 BayKrG a.F.) planerisch jeweils im Zusammenhang mit dem Leistungsangebot eines anderen Krankenhauses (in der Regel der II. Versorgungsstufe). Sie leisten einen Beitrag zur Grundversorgung der Bevölkerung, vor allen in den Fachrichtungen Chirurgie oder Innere Medizin. Je nach Bedarf und Lage des Einzelfalles können sie auch beide Fachrichtungen umfassen, wie dies bei der S.-Klinik der Fall ist. Aus der Formulierung "vor allem" folgt, dass darüber hinaus auch weitere Fachrichtungen in Übereinstimmung mit dem Krankenhausplan vorgehalten werden können, so hier die Fachrichtungen Frauenheilkunde und Geburtsmedizin sowie HNO-Heilkunde. Auch den Krankenhäusern der II. Versorgungsstufe gem. Nr.5.2.2, a.a.O., obliegt die Sicherstellung der Grundversorgung, wobei bei Bedarf weitere Fachrichtungen vorgehalten werden können. Abteilungen für Teilgebiete einer Fachrichtung sollen sie nicht vorhalten. Bei Krankenhäusern der III. Versorgungsstufe (Nr.5.2.3, a.a.O.) kommen noch weitere Fachrichtungen hinzu, ferner sollen sie überörtliche Schwerpunktaufgaben erfüllen. Schließlich gibt es für spezielle Leistungsangebote die Krankenhäuser der vierten Versorgungsstufe (Nr. 5.2.4, a.a.O.), die wiederum über das Leistungsangebot der Krankenhäuser der dritten Versorgungsstufe wesentlich hinaus gehen müssen. Sie sollen hochdifferenzierte medizinische Einrichtungen vorhalten. Hochschulkliniken nehmen Aufgaben der vierten Versorgungsstufe wahr. Daneben gibt es nach Nr.5.2.5, a.a.O., sog. Fachkrankenhäuser, die nur Kranke bestimmter Krankheitsarten oder bestimmter Altersstufen aufnehmen. Aus dieser Systematik ergibt sich, dass nach den Grundsätzen der Krankenhausplanung die Führung einer eigenen anästhesistischen Fachabteilung mit speziellen Betten zur stationären Behandlung von Schmerzpatienten den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser der Versorgungsstufe I nach der Auffassung des mit zwei Ärzten als ehrenamtlichen Richtern fachkundig besetzten Senats (zumindest derzeit noch) deutlich übersteigt. Zwar ist davon auszugehen, dass die Klassifizierung nach Teil I Nr.5.2 des Krankenhausplanes bei der nächsten Fortschreibung an die neue Gesetzesfassung des Art. 4 BayKrG angepasst werden wird. Aufgabengebiet der S.klinik als Klinik der bisherigen I. Versorgungsstufe bleibt jedoch weiterhin die Grundversorgung (s.o.). Dazu gehört die stationäre Schmerztherapie nicht. Dabei spielt es keine Rolle, ob derartige Behandlungsplätze durch Angestellte des Krankenhauses oder belegärztlich geführt würden, was wie von Klägerseite zu Recht vorgetragen wird, der Organisationskompetenz des Krankenhausträgers unterläge.

Daraus folgt, dass die beantragte Belegarztanerkennung mit zwei Schmerztherapiebetten nicht, wie in §§ 40 Abs.1 BMV-Ä bzw. 32 Abs.1 EKV-Ä gefordert, in Übereinstimmung mit der Krankenhausplanung wäre. Ein Versorgungsvertrag besteht vorliegend nicht.

Diese Hürde kann auch nicht dadurch umgangen werden, dass zwei Belegbetten der Inneren Abteilung umgewidmet werden zu Betten für anästhesistische Schmerztherapie. Denn auch das würde dem Krankenhausplan zuwider laufen, nach dem bei der S.-Klinik am B. in Teil II Abschnitt A unter der KeZ 56405 80 Betten gefördert werden, die den Fachrichtungen Innere Medizin (14 Betten), Chirurgie (22 Betten), Gynäkologie und Geburtshilfe (13 Betten) sowie Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (31 Betten) zugewiesen sind. Auch das Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit macht in dem vom Kläger eingebrachten Schreiben vom

9. März 2000, Bl.1, 2 der Verwaltungsakten, deutlich, dass eine stationäre Schmerztherapie von einer Klinik nur im Rahmen des bestehenden Bettenkontingents und der dort anerkannten Fachrichtungen ohne krankenhauplanerische Anerkennung betrieben werden könne. Die Anästhesie gehört nicht zu den bei der S.-Klinik anerkannten Fachrichtungen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass im Rahmen einer Behandlung auf dem internistischen Gebiet nicht auch eine aus diesem Bereich resultierende Schmerzkrankheit therapiert werden könnte. Dabei kann auch, wie dies bisher nach dem Vorbringen aller Beteiligten offenbar regelmäßig geschieht, der Kläger konsiliarisch von den internistischen (Beleg-) Ärzten herangezogen werden (vgl. § 41 Abs.6 BMV-Ä, § 33 Abs.6 EKV-Ä). Ein Anspruch des Klägers auf eigene Belegbetten sei es innerhalb der Internistischen Fachabteilung, sei es in einer - bislang nicht existierenden - eigenen anästhesistischen Fachabteilung kann daraus nicht abgeleitet werden.

Es kann nicht im freien Belieben eines Krankenhausträgers liegen, im Bedarfsplan für andere Fachgebiete ausgewiesene Betten in anästhesiologische Schmerztherapiebetten umzuwidmen. Im Extremfall könnte das dazu führen, dass ein Großteil der internistischen Betten von Anästhesisten belegt wäre, was zum einen nicht der bedarfsorientierten Krankenhausplanung entspräche und zum anderen zu Versorgungsengpässen bei den im Bedarfsplan vorgesehenen Fachbereichen führen könnte. Dies gilt im vorliegenden Fall umso mehr, als auf die Innere Medizin nur 14 der 80 Planbetten entfallen. Außerdem könnte es zu Problemen im Hinblick auf die Vertretung und den Bereitschaftsdienst kommen. Nach § 39 Abs.5 BMV-Ä bzw. § 31 Abs.5 EKV-Ä, sind die Belegärzte verpflichtet, einen Bereitschaftsdienst für die Belegpatienten vorzuhalten. Die Wahrnehmung des Bereitschaftsdienstes in der Inneren Abteilung durch einen Anästhesisten kann medizinische Probleme aufwerfen.

Der Senat kommt damit zu dem Ergebnis, dass die Voraussetzungen für die Anerkennung des Klägers als Belegarzt an der S.-Klinik gemäß § 40 Abs.1 BMV-Ä bzw. § 32 Abs.1 EKV-Ä nicht vorliegen, so dass die Beklagte diesen Antrag zu Recht abgelehnt hat.

Die Klägerseite wendet dagegen ein, die vorgenannten Bestimmungen, auf die sich die Entscheidung der Beklagten stützt, seien von der Ermächtigungsgrundlage der [§§ 115 Abs.2 i.V.m. 121 SGB V](#) nicht gedeckt. Dies ist insofern richtig, als Rechtsgrundlage der §§ 38 ff. BMV-Ä bzw. 30 ff. EKV-Ä nicht die [§§ 115 Abs.1 i.V.m. 121 SGB V](#) sind sondern vielmehr [§ 82 Abs.1 Satz 1 SGB V](#), also die Rechtsgrundlage für BMV-Ä und EKV-Ä. Dies ergibt sich schon rein formal daraus, dass der BMV-Ä von den Parteien der Gesamtverträge, also von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Krankenkassen beschlossen wurde, und nicht, wie in [§ 115 Abs.1 SGB V](#) vorgesehen, dreiseitig von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, der KÄV und der Landeskrankenhausesgesellschaft vereinbart wurde. Gegenstand der Vereinbarungen nach [§ 115 Abs.1 SGB V](#) ist gemäß Abs.2 dieser Vorschrift 1. die Förderung des Belegarztwesens und die Behandlung in Einrichtungen, in denen die Versicherten durch Zusammenarbeit mehrerer Vertragsärzte ambulant und stationär versorgt werden (Praxiskliniken), 2. die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie über die Überlassung und Verwendung von Krankenhausunterlagen, 3. die Zusammenarbeit bei der Gestaltung und Durchführung eines ständig einsatzbereiten Notdienstes, 4. die Durchführung einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach [§ 115a SGB V](#) einschließlich der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Verhinderung von Missbrauch, und 5. die allgemeinen Bedingungen der ambulanten Behandlung im Krankenhaus. Um all diese Punkte geht es vorliegend nicht. Vielmehr geht es hier darum, unter welchen Voraussetzungen ein Vertragsarzt als Belegarzt anerkannt werden kann. Auch [§ 121 SGB V](#) ist als Grundlage für eine Regelung über die Voraussetzungen zur Anerkennung eines Vertragsarztes als Belegarzt nicht geeignet. Nach [§ 121 Abs.1 SGB V](#) wirken die Vertragsparteien nach § 115 Abs.1 (siehe oben) gemeinsam mit Krankenkassen und zugelassenen Krankenhäusern auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Behandlung hin. Ferner sollen sie die Möglichkeiten eines kooperativen Belegarztwesens einräumen. Über die Voraussetzungen für die Teilnahme als Belegarzt enthält [§ 121 Abs.1 SGB V](#) nichts. [§ 121 Abs.2 SGB V](#) enthält eine Definition des Belegarztes. Ferner ergibt sich aus [§ 121 Abs.2 und Abs.3 SGB V](#), dass die belegärztlichen Leistungen nicht vom Krankenhaus zu vergüten sind, sondern aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung. Auch dies ist nicht Gegenstand der hier inmitten stehenden Regelung. Das BSG hat für § 39 Abs.4 BMV-Ä ausdrücklich festgestellt, dass dieser auf der Ermächtigungsgrundlage des [§ 82 Abs.1 Satz 1 SGB V](#) beruht (Beschluss vom 3. Februar 2000, Az.: [B 6 KA 53/99 B](#) m.w.N.). Damit steht für den Senat außer Frage, dass die Parteien der Bundesmantelverträge zur Regelung des Belegarztwesens in §§ 38 ff. BMV-Ä bzw. 30 ff. EKV-Ä ermächtigt waren. Dies folgt auch daraus, dass die belegärztliche Tätigkeit eine Zulassung als Vertragsarzt voraussetzt, und die Honorierung der Belegärzte durch die KÄV aus der Gesamtvergütung erfolgt.

Auch der Hinweis der Klägerseite auf die Urteile der 43. Kammer des SG München vom 5. Mai 2004 (Az.: S 43 KA 2319/02 und S 43 KA 2326/02) überzeugt nicht. Dort war es um die Frage gegangen, ob die als Fachärzte für plastische Chirurgie zugelassenen Kläger Belegbetten in der chirurgischen Abteilung eines Krankenhauses erhalten können. Der Senat hatte in den auf die o.g. Urteile des SG folgenden Berufungsverfahren in der mündlichen Verhandlung am 08.03.2006 (Az.: L 12 KA 616/04) in Übereinstimmung mit dem für die Krankenhausplanung zuständigen Ministerium die Auffassung vertreten, dass die erst durch die WBO vom 24. April 2004 als eigenes fachärztliches Gebiet eingeführte, im Krankenhausplan nicht eigens genannte plastische Chirurgie planerisch auch weiterhin dem Fachgebiet der Chirurgie zuzuordnen sei, und deshalb in Belegbetten der chirurgischen Abteilung eines Plankrankenhauses stationär erbracht werden könne. Daraufhin haben die Krankenkassen ihre Berufungen gegen die Entscheidungen des SG in diesem Sinne zurückgenommen. Die anästhesistische Schmerztherapie kann jedoch keinesfalls als Teil der Inneren Medizin oder eines der anderen in der S.-Klinik vorgehaltenen Fachgebiet bzw. als von diesen im Sinne der Krankenhausplanung mitumfasst angesehen werden.

Auch die klägerische Argumentation, es gebe bereits Fälle (vier) in Bayern, wo Anästhesisten in Belegbetten Schmerztherapien durchführten überzeugt nicht. Denn nach der von Klägerseite nicht bestrittenen Stellungnahme der Beklagten verfügen drei davon über eine Zulassung für ein weiteres Fachgebiet, auf das sich auch die Belegarztanerkennung bezieht. Der vierte Fall war nicht auffindbar. Im Übrigen ließe sich aus dem Gleichbehandlungsgrundsatz aus einer möglicherweise zu Unrecht erfolgten Anerkennung ein Rechtsanspruch des Klägers nicht ableiten. Damit soll nicht gesagt werden, dass die multimodale Schmerztherapie, die der Kläger anbietet, nicht auch belegärztlich erbracht und abgerechnet werden kann, soweit sie zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, wenn die Voraussetzungen für die Belegarztanerkennung erfüllt sind, was jedoch vorliegend nicht der Fall ist.

Nach allem kommt der Senat zu dem Ergebnis, dass die Beklagte den Antrag des Klägers auf Anerkennung als Belegarzt in der S.-Klinik am B. in N. zu Recht abgelehnt hat. Die anders lautende Entscheidung des SG war deshalb auf die Berufungen der Beklagten und der Beigeladenen zu 1), 5) und 6) aufzuheben und die Berufung des Klägers im vollen Umfang zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs.1](#) und [4 SGG](#) in der vor dem 2. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung

(vgl. BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr.24](#), S.116 f).

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil die Frage, ob ein Anästhesist belegärztlich tätig sein kann, vom BSG bereits entschieden wurde (SozR 3-2200 § 368g Nr.14), und es im übrigen um die Auslegung von Landesrecht geht (BayKrG und Krankenhausplan des Freistaates Bayern).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-03-20