B 6 KA 6/20 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 28 KA 596/17
Datum
05.02.2019
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 10/19
Datum
22.01.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 6/20 R
Datum
17.03.2021
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Für die Beurteilung, ob ein Belegarzt im Hinblick auf die Entfernung seiner Praxis zum Krankenhaus die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von ihm ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleisten kann, bleiben Kooperationen sowohl auf Seiten des Arztes wie auf Seiten des Krankenhauses unberücksichtigt.

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Bayerischen Landessozialgerichts vom 22. Januar 2020 und des Sozialgerichts München vom 5. Februar 2019 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Der Kläger hat die Kosten des Verfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen in allen Rechtszügen zu tragen.

G r ü n d e :

I

1

Die Beteiligten streiten um die Anerkennung des Klägers als Belegarzt am K in München.

2

Der Kläger ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und seit 2017 mit Praxissitz in A zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er ist Mitglied einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) für Orthopädie, die aus fünf Ärzten besteht und die ihren Hauptsitz in München und Nebenstellen in B sowie in A hat. Zwei Mitglieder der überörtlichen BAG sind bereits als Belegärzte für Orthopädie am K in München zugelassen.

3

Im Dezember 2016 beantragte der Kläger bei der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) die Anerkennung als Belegarzt. Er gab im Antrag die Entfernung zum Krankenhaus von seinem Wohnsitz mit 5 km (durchschnittlich 10 Minuten) und von der Praxis (Hauptsitz der überörtlichen BAG) mit 5 km (durchschnittlich 10 Minuten) an. Das Krankenhaus bescheinigte dem Kläger, ab 1.1.2017 fünf Belegbetten im Bereich Orthopädie zur Verfügung stellen zu wollen.

4

Die Beklagte lehnte den Antrag des Klägers auf Belegarztanerkennung ab *(Bescheid vom 5.1.2017 und Widerspruchsbescheid vom 4.10.2017)*. Der Vertragsarztsitz des Klägers in A liege 42 km vom Klinikum in München entfernt. Hierfür sei eine Fahrzeit von ca 39 Minuten zu kalkulieren. Damit sei eine unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der Belegpatienten nicht gewährleistet, sodass der Kläger nach § 39 Abs 5 Nr 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) als Belegarzt nicht geeignet sei.

5

Das SG hat die Beklagte verpflichtet, dem Kläger die Belegarztanerkennung zu erteilen *(Urteil vom 5.2.2019)*. Bei Prüfung der Vorgaben des § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä sei zu berücksichtigen, dass der Kläger Mitglied einer überörtlichen BAG sei und zwei seiner orthopädischen Kollegen mit Vertragsarztsitz in München bereits als Belegärzte an dem Belegkrankenhaus tätig seien. Angesichts des gesetzgeberischen Ziels der Förderung eines leistungsfähigen und wirtschaftlichen Belegarztwesens *(§ 121 Abs 1 Satz 1 SGB V)* sei es sachgerecht, § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä dahingehend auszulegen, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der Belegpatienten auch durch mehrere Ärzte einer BAG gemeinsam sichergestellt werden könne, sofern die Ärzte in derselben Belegabteilung belegärztlich tätig seien.

6

Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen *(Urteil vom 22.1.2020)*. Grundsätzlich sei eine unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der Versicherten gewährleistet, wenn der Belegarzt innerhalb von ca 30 Minuten sowohl von seiner Wohnung als auch von seiner Praxis aus das Belegkrankenhaus erreichen könne. Im Einzelfall sei jedoch eine Abweichung von diesen zeitlichen Vorgaben vertretbar, soweit eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten gewährleistet werde. Dies sei hier der Fall, da der Kläger in einer für die belegärztliche Tätigkeit relevanten ärztlichen Kooperation tätig sei. Er sei Mitglied einer überörtlichen BAG, in der zwei weitere Mitglieder dieser BAG bereits als Belegärzte am selben Krankenhaus tätig seien. Die gemeinsame Berufsausübung der BAG beziehe sich auch auf den Ort des Belegkrankenhauses. Zudem wolle der Kläger im Rahmen eines kooperativen Belegarztwesens tätig werden. Dadurch sei die durchgehende ärztliche Versorgung der Belegpatienten und die Vertretung bei Abwesenheit gewährleistet. Das kooperative Belegarztwesen werde durch die Zusammenarbeit mehrerer Belegärzte desselben Fachgebiets innerhalb einer als Belegabteilung geführten Fachabteilung des Krankenhauses gekennzeichnet. Es ermögliche eine gemeinsame Versorgung der Patienten und die gemeinsame Organisation des Bereitschaftsdienstes und der Rufbereitschaft. Auch der zwischen dem Belegkrankenhaus und dem Kläger abgeschlossene Belegarztvertrag sehe eine solche Kooperation vor. Danach verpflichte sich der Belegarzt - hier der Kläger - zur vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den in der Klinik tätigen Ärzten. Diese vertrauensvolle Zusammenarbeit beziehe sich auch auf die Sicherstellung der durchgehenden ärztlichen Versorgung und die Vertretung bei Abwesenheit.

7

Gegen die Berücksichtigung der kooperativen ärztlichen Tätigkeit spreche nicht, dass die Belegarztanerkennung personenbezogen ausgestaltet sei. So führe das BSG in seiner Entscheidung vom 23.3.2016 *(B 6 KA 7/15 R - SozR 4-2500 § 75 Nr 16)* selbst aus, dass die Befreiung eines Belegarztes vom Bereitschaftsdienst von dessen tatsächlicher Beanspruchung als Belegarzt im Einzelfall abhänge und dabei die kooperative Ausübung der Belegarzttätigkeit sowie das Vorliegen einer BAG von Bedeutung seien. Damit werde vorausgesetzt, dass sich der Belegarzt durch die kooperierenden Ärzte in seiner Belegarzttätigkeit vertreten lassen und damit entlasten könne. So sei auch in § 14 Abs 1 Satz 2d der Bereitschaftsdienstordnung der Beklagten *(Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 20.4.2013 idF vom 23.11.2019)* geregelt, dass ein schwerwiegender Grund für die Befreiung eines Belegarztes vom Bereitschaftsdienst dann vorliege, wenn an einem Belegkrankenhaus weniger als sechs Belegärzte des Fachgebietes tätig seien.

8

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision eine Verletzung von § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä. Nach dieser Vorschrift sei die Belegarztanerkennung personenbezogen ausgestaltet. Der Belegarzt übernehme die volle Verantwortung für die Patienten und müsse in der Lage sein, bei Komplikationen kurzfristig die erforderlichen Maßnahmen zu treffen. Daher müsse der Kläger die Eignungsvoraussetzungen nach § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä in eigener Person erfüllen. Die Mitgliedschaft in einer überörtlichen BAG bzw die Kooperationen mit weiteren (Beleg)-Ärzten im Rahmen der überörtlichen BAG und am Belegkrankenhaus spielten insoweit keine Rolle.

9

Die gemeinsame Berufsausübung innerhalb einer überörtlichen BAG beschränke sich nach § 33 Abs 2 Satz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) auf die Vertragsarztsitze ihrer Mitglieder. Die belegärztliche Behandlung finde jedoch nicht an einem der Sitze der überörtlichen BAG, sondern ausschließlich am Belegkrankenhaus statt. Die "gemeinsame Berufsausübung" am Ort der Belegklinik könne daher nicht Gesellschaftszweck einer überörtlichen BAG sein. Dem stehe nicht entgegen, dass nach § 15a Abs 1 BMV-Ä auch das Krankenhaus Betriebsstätte des Belegarztes sei. Diese Vorschrift legitimiere lediglich die belegärztliche Tätigkeit des einzelnen Arztes mit Belegarztanerkennung an einem Ort außerhalb des Vertragsarztsitzes. Auch einer etwaigen, zeitlich untergeordneten Tätigkeit des Klägers am Hauptsitz der überörtlichen BAG in München komme für die Frage der Eignung als Belegarzt keine Bedeutung zu. Denn nach § 39 Abs 5 Nr 3 Halbsatz 2 BMV-Ä sei allein auf diejenige Betriebsstätte abzustellen, in welcher der Tätigkeitsschwerpunkt des Arztes liege. Auch die

Kooperation des Klägers mit weiteren Belegärzten (in seiner BAG oder der Belegabteilung des Krankenhauses) rechtfertige längere persönliche Erreichbarkeitszeiten nach § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä nicht. Ein solches kooperatives Belegarztwesen beschränke sich auf das Behandlungssystem im Rahmen der stationären Versorgung im Krankenhaus.

10

Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Bayerischen LSG vom 22.1.2020 und des SG München vom 5.2.2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

11

Der Kläger beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

12

Die Auslegung des § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä durch das LSG sei nicht zu beanstanden. Das Tatbestandsmerkmal der Sicherstellung der unverzüglichen und ordnungsgemäßen Versorgung sei anhand der Umstände des Einzelfalls zu würdigen. Eine "starre" Zeitvorgabe von 30 Minuten sei nicht zu rechtfertigen. Vielmehr seien geringfügige Abweichungen von diesem Zeitfenster vertretbar, wenn - wie hier - die ordnungsgemäße Versorgung der Patienten durch die Kooperation mit anderen (Beleg)-Ärzten gewährleistet sei. Dieses Ergebnis werde durch die Rechtsprechung des BSG zur Auslegung der Residenzpflicht nach § 24 Abs 2 Satz 2 Ärzte-ZV aF bestätigt. In der Entscheidung vom 5.11.2003 *(B 6 KA 2/03 R - SozR 4-5520 § 24 Nr 1 RdNr 20)* habe das BSG der Frage, ob ein Arzt in einer Einzelpraxis oder in einer größeren Gemeinschaftspraxis tätig werde, eine gewisse Bedeutung, bezogen auf die zulässige Entfernung zwischen Wohnung und Praxis des Arztes, zuerkannt.

II

13

Die Revision der beklagten KÄV hat Erfolg. Der Senat hat die Urteile des SG und des LSG aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, den Kläger als Belegarzt anzuerkennen.

14

A. Die Anerkennung von Belegärzten ist im Zehnten Abschnitt des BMV-Ä, welcher auf der Grundlage des § 82 Abs 1 SGB V von den Vertragspartnern auf Bundesebene vereinbart worden ist, abschließend geregelt. Soweit die Voraussetzungen der §§ 39, 40 BMV-Ä erfüllt sind, besteht auf die Erteilung der Belegarztanerkennung ein Rechtsanspruch *(BSG Urteil vom 15.5.1991 - 6 RKa 11/90 - juris RdNr 13, 14; vgl auch Kremer/Wittmann in Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, Stand der Einzelbearbeitung Oktober 2010, § 121 SGB V RdNr C 121-6)*. Der Kläger erfüllt jedoch die Eignungsvoraussetzungen des § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä nicht.

15

Nach § 39 Abs 5 Nr 3 Halbsatz 1 BMV-Ä ist als Belegarzt nicht geeignet ein Arzt, dessen Wohnung und Praxis nicht so nahe am Krankenhaus liegen, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der von ihm ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist. Hat der Arzt mehrere Betriebsstätten, gilt dies für die Betriebsstätte, in welcher hauptsächlich die vertragsärztliche Tätigkeit ausgeübt wird *(§ 39 Abs 5 Nr 3 Halbsatz 2 BMV-Ä)*. Mit diesen Vorgaben korrespondiert die Vorschrift des § 40 Abs 1 BMV-Ä, wonach die Belegarztanerkennung ua voraussetzt, dass der Praxissitz des Vertragsarztes in räumlicher Nähe der Belegabteilung des Krankenhauses liegt. Diese Vorgaben des § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä (bzw des § 40 Abs 1 BMV-Ä) gelten auch nach Abschaffung der Residenzpflicht für Vertragsärzte weiterhin *(dazu 1.)*. Dabei ist auf den Praxissitz abzustellen, an welchem der Arzt, der eine Belegarztanerkennung begehrt, hauptsächlich seine ambulante vertragsärztliche Tätigkeit ausübt, hier also auf den Praxissitz des Klägers in A *(dazu 2.)*. Die Praxis muss dabei so nahe beim Krankenhaus liegen, dass der Arzt dieses von der Praxis aus innerhalb von 30 Minuten regelmäßig erreichen kann. Die Fahrzeit zwischen der Praxis des Klägers in A und dem Krankenhaus in München beträgt mindestens 39 Minuten, so dass die erforderliche räumliche Nähe zwischen Praxis und Krankenhaus nicht gegeben ist *(dazu 3.)*. Auch der Umstand, dass der Kläger Mitglied einer überörtlichen BAG ist bzw mit anderen (Beleg)-Ärzten des Krankenhauses kooperativ zusammenarbeiten will, rechtfertigt keine andere Beurteilung *(dazu 4. und 5.)*.

16

1. Obwohl die belegärztliche Tätigkeit Teil der vertragsärztlichen Versorgung ist *(§ 2 Abs 2 Nr 1 BMV-Ä; vgl auch § 121 Abs 3 Satz 1 SGB V)*, handelt es sich bei der Vorschrift des § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä um eine eigenständig geregelte Zulassungsvoraussetzung für die Belegarztanerkennung. Auch nach Abschaffung der allgemeinen Residenzpflicht für Vertragsärzte durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) vom 22.12.2011 *(BGBl I 2983)* haben die Partner des Bundesmantelvertrages an der Residenz- bzw Erreichbarkeitspflicht für Belegärzte festgehalten *(vgl Pawlita in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl 2020, § 103 RdNr 437; Geier in Schiller, BMV-Ä, 2. Aufl 2020, § 39 RdNr 15)*. Der Senat hat diese für Belegärzte in § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä geregelte Residenz- bzw Erreichbarkeitsverpflichtung bereits in seiner Entscheidung vom 3.2.2000 nicht beanstandet *(B 6 KA 53/99 B - juris RdNr 6, 7)*. Wenn die Bestimmung anspreche, dass Wohnung und Praxis des Vertragsarztes so nahe am Krankenhaus liegen müssten, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet sei, würden darin nur die im Vertragsarztrecht ohnehin allgemein geltenden Pflichten - wie die Präsenzpflicht nach § 20 Abs 1 Ärzte-ZV, die Residenzpflicht nach § 24 Abs 2 Ärzte-ZV sowie der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung nach § 32 Abs 1 Ärzte-ZV - präzisiert *(BSG aaO RdNr 7)*. Hieran hält der Senat auch nach Wegfall der allgemeinen Residenzpflicht für Vertragsärzte *(§ 24 Abs 2 Ärzte-ZV aF)* fest.

17

a. In § 24 Abs 2 Ärzte-ZV in der bis Ende 2011 geltenden Fassung war bestimmt, dass der Arzt verpflichtet ist, seine Wohnung so zu nehmen, dass er für die ärztliche Versorgung der Versicherten an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung steht. Diese sogenannte Residenzpflicht sollte sicherstellen, dass der Vertragsarzt in sprechstundenfreien Zeiten - außer in Zeiten des organisierten Notfalldienstes - seinen Vertragsarztsitz in angemessener Zeit erreicht, wenn dies zur Versorgung von Versicherten erforderlich war *(BT-Drucks 17/6906 S 104 f)*. Schon vor der generellen Aufhebung der Residenzpflicht galt diese nicht mehr in unterversorgten Gebieten. Dieser Aspekt wird in der Begründung der Bundesregierung zur Änderung des § 24 Abs 2 Ärzte-ZV ausdrücklich angeführt *(BT-Drucks 17/6906 S 105)*. Mit der Änderung wurde die Residenzpflicht nunmehr auch für nicht unterversorgte Gebiete aufgehoben. Daraus ist zu schließen, dass die Residenzpflicht als Belastung für die Ärzte und mögliche Erschwerung der Gewinnung von niederlassungswilligen Ärzten vor allem im ländlichen Raum angesehen wurde. Offenbar bewertete der Gesetzgeber die positiven Auswirkungen der Residenzpflicht nicht (mehr) so hoch, dass sie die nachteiligen Folgen für die Niederlassungsentscheidung rechtfertigen konnten.

18

b. Dies musste jedoch die Bundesmantelvertragspartner nicht veranlassen, auch die Anerkennungsvoraussetzungen der Belegärzte entsprechend anzupassen. Denn die für die Abschaffung der Residenzpflicht nach § 24 Abs 2 Ärzte-ZV aF maßgebenden Gesichtspunkte spielen bei der Residenz- und Erreichbarkeitspflicht im Zuge der Anerkennung als Belegarzt von vornherein keine Rolle. Gleichzeitig kommt der schnellen Erreichbarkeit des Belegkrankenhauses durch den Belegarzt gerade im Anschluss an durchgeführte Operationen typischerweise eine sehr viel größere praktische Bedeutung zu als der Erreichbarkeit des Praxissitzes für den niedergelassenen Arzt. Die Regelung des § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä trägt dem Umstand Rechnung, dass den Belegarzt eine besondere persönliche Verantwortung für seine stationären Patienten trifft, die es erfordert, dass er neben seiner ambulanten Tätigkeit bedarfsgerecht im Belegkrankenhaus anwesend sein kann *(Geier in Schiller, BMV-Ä, 2. Aufl 2020, § 39 RdNr 15; vgl auch Hailer, Das Belegarztsystem als Bestandteil integrierter Gesundheitsleistungen, 2000, S 33)*. Das Erfordernis der räumlichen Nähe zwischen der Praxis bzw der Wohnung des Belegarztes und dem Krankenhaus berücksichtigt dabei, dass der Belegarzt in der Lage sein muss, bei Komplikationen kurzfristig die erforderlichen Maßnahmen einzuleiten bzw zu treffen *(vgl bereits BSG Urteil vom 5.11.2003 - B 6 KA 2/03 R - SozR 4-5520 § 24 Nr 1 RdNr 21)*. Der Belegarzt übt - eingebunden in die Infrastruktur des Krankenhauses - dieselben Tätigkeiten wie Krankenhausärzte aus. Auch diese müssen grundsätzlich "schnell" erreichbar sein; deshalb müssen sich immer Ärzte - je nach Fachkunde und Stellung in der Hierarchie der jeweiligen Abteilung - in der Nähe der Patienten aufhalten. Zwar kann der Belegarzt in akuten Notsituationen auf die Ärzte des Krankenhauses zurückgreifen, die zB in der Nacht Bereitschaftsdienst haben, doch muss er selbst eingreifen (können), wenn die Fachkunde des behandelnden Arztes erforderlich ist. Das ergibt sich schon daraus, dass Belegärzte häufig und bisweilen typischerweise - etwa im Bereich Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) - in Krankenhäusern tätig werden, die keine hauptamtliche Abteilung auf diesem Fachgebiet vorhalten. Der Belegarzt ist dann der einzige Arzt, der mit Facharztqualifikation behandeln kann, und dazu muss er erreichbar sein.

19

c. Sowohl die Präsenzpflicht *(§ 20 Ärzte-ZV, § 17 BMV-Ä)* als auch die gebotene persönliche Leistungserbringung durch den Vertragsarzt selbst *(§ 15 Abs 1, § 28 Abs 1 Satz 2 und 3 SGB V, § 32 Abs 1 Satz 1 Ärzte-ZV, § 15 Abs 1 BMV-Ä)* sind im Übrigen nach wie vor als wesentliche Pflichten des Vertragsarztes statuiert. Nach § 24 Abs 2 Ärzte-ZV iVm § 98 Abs 1 Satz 1 SGB V muss der Vertragsarzt am Vertragsarztsitz seine Sprechstunde halten, also persönlich in Form von Sprechstunden zur Verfügung stehen *(Ladurner, Ärzte-ZV/Zahnärzte-ZV, 2017, § 24 RdNr 15)*. Diese - aus dem Gebot der persönlichen Leistungserbringung folgende *(BSG Urteil vom 16.12.2015 - B 6 KA 19/15 R - BSGE 120, 197 = SozR 4-5520 § 20 Nr 4, RdNr 30)* - "Präsenzpflicht" steht im Zusammenhang mit der Pflicht zur Übernahme der Behandlung nach dem Sachleistungsprinzip und der Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung *(Hartmannsgruber in Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, 4. Aufl 2021, Abschn 8 RdNr 1347)*: Wer nicht in der Praxis erreichbar ist, kann auch diese Pflichten nicht erfüllen.

20

Diese Verpflichtungen sind bei der Ausübung der belegärztlichen Tätigkeit an einem anderen Ort als der Praxis so modifiziert, dass auch unter diesem Gesichtspunkt für die Beibehaltung von räumlichen Erreichbarkeitserfordernissen hinreichende Gründe sprechen. Denn der Vertragsarzt, der eine Belegarzttätigkeit ausübt, wird neben seinem Praxisstandort (seinen Praxisstandorten) eben an einem weiterem

Standort - im Krankenhaus - tätig *(vgl § 15a Abs 1 Satz 7 BMV-Ä)*. Während es in § 24 Abs 2 Ärzte-ZV aF "nur" um die Frage der Erreichbarkeit Wohnung/Praxisstandort(e) ging, regelt § 39 Abs 5 Ziffer 3 BMV-Ä die Frage der Erreichbarkeit Wohnung/Praxisstandort(e)/Krankenhaus (Krankenhäuser) unter besonderer Berücksichtigung belegärztlicher Tätigkeit.

21

2. Zutreffend ist die Beklagte davon ausgegangen, dass es für die Beurteilung der zulässigen Entfernung iS der § 39 Abs 5 Nr 3, § 40 Abs 1 BMV-Ä zwischen "Praxis" und "Krankenhaus" grundsätzlich auf den Praxissitz ankommt, in welchem der die Belegarztanerkennung begehrende Arzt hauptsächlich seine ambulante vertragsärztliche Tätigkeit ausübt. Damit ist hier auf den Praxissitz des Klägers in A abzustellen und nicht auf den Hauptsitz der überörtlichen BAG in München.

22

a. Bereits aus dem Wortlaut von § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä und § 40 Abs 1 BMV-Ä folgt, dass der Praxissitz des Arztes entscheidend ist, der eine Belegarztanerkennung anstrebt. "Dessen" Wohnung und Praxis müssen so nahe am Krankenhaus gelegen sein, dass die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der ("von ihm") ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist *(§ 39 Abs 5 Nr 3 Halbsatz 1 BMV-Ä)*. Im Fall des Bestehens von mehreren Betriebsstätten ist auf diejenige abzustellen, in welcher "der" Arzt hauptsächlich "seine" ambulante Tätigkeit ausübt *(§ 39 Abs 5 Nr 3 Halbsatz 2 BMV-Ä)*. § 40 Abs 1 BMV-Ä enthält die Wendung, dass der Praxissitz "des" Vertragsarztes in räumlicher Nähe der Belegabteilung liegen muss. Auch § 121 Abs 2 SGB V definiert Belegärzte, als nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die berechtigt sind, "ihre" Patienten im Krankenhaus zu behandeln.

23

b. Die Anerkennung als Belegarzt iS von § 121 Abs 2 SGB V erfolgt dementsprechend nach der Rechtsprechung des Senats stets personenbezogen *(BSG Urteil vom 23.3.2011 - B 6 KA 15/10 R - SozR 4-2500 § 121 Nr 6 RdNr 20; vgl auch Pawlita in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl 2020, § 103 RdNr 441; Geier in Schiller, BMV-Ä, 2. Aufl 2020, § 39 RdNr 17; Becker in Becker/Kingreen, SGB V, 7. Aufl 2020, § 121 RdNr 8; Quaas in Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl 2018, § 16 RdNr 132)*. Einem bestimmten, namentlich benannten und hinsichtlich seiner Qualifikation identifizierbaren Arzt wird die Berechtigung erteilt, neben ambulanten vertragsärztlichen Leistungen auch stationäre Leistungen zu erbringen und zu Lasten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung abzurechnen *(BSG Urteil vom 23.3.2011 - B 6 KA 15/10 R - SozR 4-2500 § 121 Nr 6 RdNr 20)*. Der Senat hat in dieser Entscheidung, welche die Belegarztanerkennung eines in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) angestellten Arztes betraf, ausgeführt, dass der personenbezogene Charakter der Belegarztanerkennung auch bei angestellten Ärzten dadurch zum Ausdruck kommt, dass der angestellte Arzt, für den die Belegarztanerkennung ausgesprochen werden soll, die Voraussetzungen hierfür in eigener Person erfüllen muss. Insoweit ist nicht etwa lediglich auf den Zulassungsstatus des MVZ abzustellen. Die belegärztliche Tätigkeit muss vielmehr für den einzelnen Arzt, der sie ausübt, ein Annex zu seiner schwerpunktmäßig ambulanten Tätigkeit sein. Dafür ist es unerheblich, ob der Vertragsarzt seine eigene Praxis führt, ob ein Arzt als Vertragsarzt in einem MVZ tätig ist oder ob er als angestellter Arzt in einem MVZ arbeitet *(BSG aaO RdNr 23)*. Diese Grundsätze gelten selbstverständlich auch für Vertragsärzte (oder für angestellte Ärzte), die - wie der Kläger - in einer (überörtlichen) BAG tätig sind.

24

Zwar kann der Kläger - wie von ihm jedenfalls bei Anerkennung als Belegarzt geplant - im begrenzten Umfang auch an der (Haupt)-Betriebsstätte der BAG in München tätig werden *(vgl § 15a Abs 4 Satz 8 BMV-Ä)*. Die Betriebsstätte der BAG ist nach § 15a Abs 1 Satz 5 BMV-Ä iVm § 15a Abs 4 BMV-Ä neben dem Vertragsarztsitz in A, der nach § 15a Abs 1 Satz 2 BMV-Ä als Betriebsstätte des Klägers gilt, weiterer Tätigkeitsort des Klägers. Da dieser jedoch seine vertragsärztliche Tätigkeit hauptsächlich an seinem Vertragsarztsitz in A ausübt, ist nach § 39 Abs 5 Nr 3 Halbsatz 2 BMV-Ä für die Beurteilung der zulässigen Entfernung zwischen Belegkrankenhaus und Praxis auch auf diesen Vertragsarztsitz abzustellen. Einer etwaigen zeitlich untergeordneten Tätigkeit des Klägers am Hauptsitz der überörtlichen BAG in München kommt insoweit keine Bedeutung zu.

25

3. Die Praxis des Klägers in A ist bei einer zu kalkulierenden Fahrzeit von mindestens 39 Minuten nicht "nahe" genug iS des § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä am Krankenhaus gelegen.

26

a. Dem Kläger ist allerdings zuzugeben, dass seine Eignung als Belegarzt iS des § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä nicht bereits deswegen grundsätzlich zu verneinen ist, weil sich seine Praxis in A in einem anderen Planungsbereich befindet als das Krankenhaus, in welchem er als Belegarzt tätig werden will. Die Begriffe "räumliche Nähe" *(§ 40 Abs 1 BMV-Ä)* bzw "nicht so nahe am Krankenhaus" *(§ 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä)* können mit dem Begriff des "Planungsbereiches" nicht gleichgesetzt werden *(zutreffend Kallenberg in Halbe/Schirmer, Kooperationen im Gesundheitswesen, Stand Oktober 2020, C 1500 Belegarzttätigkeit RdNr 48; vgl aber SG Dortmund Urteil vom 5.3.2014 - S 9 KA 203/11 -*

juris RdNr 46; Wenner, Vertragsarztrecht nach der Gesundheitsreform, 2008, § 16 RdNr 49). Die "Nähe" der Praxis bzw der Betriebsstätte, in der der Arzt seine Tätigkeit hauptsächlich ausübt, zum Belegkrankenhaus richtet sich vielmehr allein danach, ob die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung der vom Belegarzt ambulant und stationär zu betreuenden Versicherten gewährleistet ist. Maßgeblich ist insoweit die räumliche und vor allem die zeitliche Distanz *(dazu näher sogleich RdNr 29 ff)*. Den damit verbundenen Anforderungen kann ein Arzt auch dann entsprechen, wenn seine Praxis sehr nahe am Krankenhaus gelegen ist, beide Standorte aber zu verschiedenen Planungsbereichen gehören.

27

Das Erfordernis einer planungsbereichsgleichen Zulassung folgt entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten auch nicht aus der Regelungssystematik des Zulassungsverfahrens nach § 103 Abs 7 SGB V. Nach § 103 Abs 7 Satz 1 SGB V haben Krankenhausträger in einem Planungsbereich, für den Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind - dies ist hier für die Gruppe der Orthopäden im Planungsbereich Landeshauptstadt München nach den Feststellungen des LSG der Fall - das Angebot zum Abschluss von Belegarztverträgen auszuschreiben. Kommt ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zustande, kann der Krankenhausträger mit einem bisher im Planungsbereich nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag abschließen *(§ 103 Abs 7 Satz 2 SGB V)*. Dieser erhält eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung *(§ 103 Abs 7 Satz 3 SGB V)*. Sie wandelt sich in eine Regelzulassung um, wenn die Zulassungsbeschränkungen aufgehoben sind, unabhängig davon spätestens nach Ablauf von zehn Jahren *(§ 103 Abs 7 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V)*. § 103 Abs 7 SGB V trägt dem Umstand Rechnung, dass es zwischen dem Ziel einer Förderung der als ökonomisch sinnvoll bewerteten belegärztlichen Tätigkeit und den auf der Grundlage der §§ 101 und 103 SGB V angeordneten Zulassungsbeschränkungen zu Verwerfungen kommen kann *(vgl BSG Urteil vom 14.3.2001 - B 6 KA 34/00 R - BSGE 88, 6, 9 = SozR 3-2500 § 103 Nr 6 S 41)*. Da die belegärztliche Tätigkeit nach § 121 Abs 2 SGB V an die Zulassung des Behandlers zur vertragsärztlichen Versorgung gebunden ist, kann der Krankenhausträger eine belegärztliche Versorgung nur anbieten, wenn ein zugelassener Vertragsarzt der jeweiligen Fachrichtung zur Verfügung steht. In Planungsbereichen, die wegen Überversorgung für die Neuzulassung von Vertragsärzten der jeweils betroffenen Arztgruppe gesperrt sind, könnte die belegärztliche Tätigkeit ohne die Sonderzulassung nach § 103 Abs 7 SGB V nicht realisiert werden, wenn bereits zugelassene Ärzte zur Übernahme der Funktion eines Belegarztes nicht fähig und/oder nicht willens sind *(vgl Wagener, MedR 1998, 410)*. Nur für diesen Fall nimmt das Gesetz die grundsätzlich unerwünschte Ausweitung einer bereits bestehenden Überversorgung in Kauf. Deshalb darf in einem wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereich ein Krankenhausträger einen Belegarztvertrag mit einem dort nicht bereits niedergelassenen Vertragsarzt nur abschließen, wenn ein solcher mit einem im Planungsbereich bereits niedergelassenen Bewerber nicht zustande kommt *(§ 103 Abs 7 Satz 2 SGB V; zu den insoweit bestehenden verfahrensrechtlichen Anforderungen vgl BSG Urteil vom 14.3.2001 - B 6 KA 34/00 R - BSGE 88, 6 = SozR 3-2500 § 103 Nr 6)*.

28

Hieraus folgt aber nicht, dass der Kläger, der bereits über eine vertragsärztliche Zulassung verfügt, eine (weitere) Zulassung auch für den Planungsbereich des Krankenhauses benötigt. Das Belegarztanerkennungsverfahren nach §§ 39, 40 BMV-Ä dient anderen Zwecken als das Zulassungsverfahren nach § 103 Abs 7 SGB V, nämlich der Gewährleistung der Eignung des Belegarztes und des in § 39 Abs 3 BMV-Ä normierten Vorrangs der ambulanten vor der stationären Tätigkeit *(BSG Urteil vom 2.9.2009 - B 6 KA 27/08 R - SozR 4-2500 § 103 Nr 5 RdNr 48)*. § 103 Abs 7 SGB V ermöglicht dagegen eine Sonderzulassung für überhaupt noch nicht niedergelassene Ärzte. Dies beruht darauf, dass die belegärztliche Tätigkeit an die Zulassung des Behandlers für die vertragsärztliche (ambulante) Versorgung gebunden ist. Der Kläger verfügt hier aber bereits über eine Zulassung und ist zur vertragsärztlichen ambulanten Versorgung berechtigt. Der Status als Belegarzt würde ihm nur zusätzlich zur ambulanten auch die stationäre Leistungserbringung gestatten. Denn die belegärztliche Tätigkeit ist als Teil der vertragsärztlichen Versorgung und als Fortsetzung der eigentlichen ambulanten ärztlichen Tätigkeit anzusehen *(vgl BSG Urteil vom 23.6.2010 - B 6 KA 8/09 R - SozR 4-2500 § 121 Nr 5 RdNr 12)*.

29

b. Die unverzügliche und ordnungsgemäße Versorgung iS des § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä der vom Kläger zu betreuenden Versicherten ist hier jedoch aufgrund der Entfernung zwischen seiner Praxis in A und dem Krankenhaus in München nicht gewährleistet. Die Vorgaben dieser Vorschrift sind nur dann als erfüllt anzusehen, wenn Wohnung und Praxis des Arztes so nahe beim Krankenhaus liegen, dass der Arzt dieses von seiner Wohnung und seiner Praxis aus innerhalb von 30 Minuten typischerweise erreichen kann. Zwar ist diese Voraussetzung für den Wohnsitz des Klägers bei einer Entfernung von 5 Kilometern und einer durchschnittlichen Fahrzeit von 10 Minuten zum Krankenhaus ohne Zweifel gegeben. Die Fahrzeit zwischen dem Praxissitz des Klägers und dem Krankenhaus beträgt jedoch nach den Feststellungen des LSG bei der für den Kläger günstigsten Annahme 39 Minuten, was nicht ausreicht.

30

aa. In der Rechtsprechung ist seit Langem anerkannt, dass den Vorgaben des § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä regelmäßig genügt, wer innerhalb von 30 Minuten von seiner Wohnung bzw Praxis aus das Belegkrankenhaus erreichen kann. So hat es das LSG Schleswig-Holstein als ausreichend angesehen, wenn der Vertragsarzt innerhalb von 30 Minuten die Klinik von seiner Wohnung und seiner Praxis unter normalen Umständen erreichen kann *(Urteil vom 23.11.1999 - L 6 KA 18/99 - juris).* Es hat dabei ausdrücklich betont, dass eine Zeitdauer von mehr als 30 Minuten als nicht mehr erträgliche Zeitspanne angesehen werden könne. Auch das LSG Nordrhein-Westfalen hat eine Fahrzeit von 30 Minuten für einen HNO-Arzt nicht beanstandet *(Urteil vom 14.11.2007 - L 10 KA 5/07 - juris RdNr 51)*. Das LSG Baden-Württemberg hat einem Belegarzt die Eignung abgesprochen, wenn die Fahrzeit für die Hin- und Rückfahrt zwischen Praxis und Klinik 40 Minuten beträgt *(Urteil vom 14.7.1999 - L 5 KA 3006/98 - juris; vgl auch BSG Beschluss vom 3.2.2000 - B 6 KA 53/99 B - juris, zur Verwerfung der hiergegen*

eingelegten Nichtzulassungsbeschwerde). Das SG Marburg hat entschieden, dass eine Belegarztanerkennung nicht erteilt werden könne, wenn der Wohnsitz und der Haupttätigkeitsort über 100 km entfernt sind und daher eine Fahrzeit von mehr als einer Stunde zum Belegkrankenhaus erforderlich ist *(Urteil vom 30.1.2008 - S 12 KA 77/07 - juris)*. Nach einer Entscheidung des SG Stuttgart genügt der Residenzpflicht nicht, wer als operativ tätiger Chirurg von seiner Wohnung aus nicht innerhalb von 30 Minuten - sondern erst in ca 41 bis 44 Minuten - das Belegkrankenhaus erreichen kann *(Urteil vom 26.9.2018 - S 5 KA 1940/17 - juris RdNr 26)*. Das SG München *(Urteil vom 6.6.2019 - S 20 KA 18/18)* hat die Eignung als Belegarzt bei einem Urologen verneint, der von seiner Wohnung zum Krankenhaus eine Fahrzeit von 35 - 40 Minuten benötigt.

31

bb. Der Senat hat diese Grenzziehung als in der Praxis weitgehend akzeptiert angesehen und diese ihrer Tendenz nach nicht beanstandet *(Urteil vom 5.11.2003 - B 6 KA 2/03 R - SozR 4-5520 § 24 Nr 1 RdNr 21; vgl auch BGH Urteil vom 10.2.2011 - III ZR 310/09 - NZS 2012, 35)* und hält daran fest. Auf die Vorgabe einer Grenze für die zeitliche Erreichbarkeit kann nicht - wie der Kläger geltend macht - vollständig verzichtet und jeweils nur auf die Umstände des Einzelfalles abgestellt werden. Die Verwaltungspraxis der KÄVen bedarf im Interesse einer vorhersehbaren und möglichst gleichmäßigen Rechtsanwendung einer Orientierung. Krankenhäuser und potenzielle Belegärzte müssen bei der Planung der belegärztlichen Tätigkeit tendenziell wissen, ob mit der Anerkennung gerechnet werden kann und ihre Vorbereitung darauf einstellen. Eine klare zeitliche Grenze entfaltet im Übrigen auch Schutzwirkung zu Gunsten der an einer belegärztlichen Tätigkeit interessierten Personen und Einrichtungen, insoweit sie nicht damit rechnen müssen, dass bei deren Beachtung die Anerkennung mit Verweis auf die - unterstellt - untypisch liegenden oder auch nur gewerteten Gesamtumstände versagt wird.

32

Die Grenze von 30 Minuten berücksichtigt, dass der Belegarzt die volle Verantwortung für einen stationär behandelten Patienten übernimmt und in der Lage sein muss, bei Komplikationen, zB nach größeren Operationen, kurzfristig die erforderlichen Maßnahmen einzuleiten bzw zu treffen *(vgl bereits RdNr 18)*. Die Zeitspanne, die zwischen der Mitteilung an den Belegarzt in seiner Praxis, er werde im Krankenhaus benötigt, und dessen Eintreffen in der Klinik vergehen darf, muss aus Gründen der Versorgungssicherheit relativ kurz sein *(BSG Urteil vom 5.11.2003 - B 6 KA 2/03 R - SozR 4-5520 § 24 Nr 1 RdNr 21)*. Danach genügen regelmäßig längere Wegezeiten (einfach) als 30 Minuten zwischen Vertragsarztsitz und Belegkrankenhaus den Anforderungen nicht *(vgl Pawlita in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl 2020, § 103 RdNr 438; Rompf/Schröder/Willaschek, BMV-Ä, 2014, § 39 RdNr 7; Bohle in Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl 2017, § 9 RdNr 10)*. Ob in Ausnahmefällen geringfügige Überschreitungen der 30 Minuten-Grenze zulässig sein können, bedarf hier keiner Entscheidung. Denn bei einer Fahrzeit von 39 Minuten wird die gezogene Grenze von 30 Minuten jedenfalls nicht nur ganz geringfügig, sondern um 30 % überschritten.

33

4. Auch die Einbindung des Klägers in eine überörtlichen BAG rechtfertigt keine andere Beurteilung.

34

a. Die (überörtliche) BAG ist durch eine gemeinsame Ausübung der ärztlichen Tätigkeit durch mehrere Ärzte der gleichen oder ähnlicher Fachrichtung in gemeinsamen Räumen mit gemeinsamer Praxiseinrichtung, gemeinsamer Karteiführung und Abrechnung sowie mit gemeinsamem Personal auf gemeinsame Rechnung geprägt *(BSG Urteil vom 14.12.2011 - B 6 KA 31/10 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 8 RdNr 20 mwN)*. Die Behandlung eines Patienten in einem Quartal durch verschiedene Mitglieder der (überörtlichen) BAG stellt sich als ein einziger Behandlungsfall dar *(BSG Urteil vom 20.10.2004 - B 6 KA 15/04 R - SozR 4-1930 § 6 Nr 1 RdNr 14)*. Die Genehmigung der gemeinsamen Ausübung vertragsärztlicher Tätigkeit bewirkt, dass die Partner ihre Leistungen unter einer gemeinsamen Abrechnungsnummer gegenüber der zuständigen KÄV abrechnen können; die BAG (zuvor: Gemeinschaftspraxis) tritt dieser dementsprechend wie ein Einzelarzt als einheitliche Rechtspersönlichkeit gegenüber *(BSG Urteil vom 14.2.2011 - B 6 KA 31/10 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 8 RdNr 20; BSG Urteil vom 25.11.2020 - B 6 KA 31/19 R - juris RdNr 46, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen)*. Sie stellt rechtlich gesehen eine Praxis dar *(BSG Urteil vom 16.7.2003 - B 6 KA 34/02 R - SozR 4-5520 § 33 Nr 2 RdNr 18; BSG Urteil vom 20.10.2004 - B 6 KA 41/03 R - SozR 4-2500 § 106 Nr 6 RdNr 21; BSG Urteil vom 8.12.2010 - B 6 KA 38/09 R - USK 2010-148 S 1307)*. Eine BAG erwirbt der KÄV gegenüber Honoraransprüche und wird ggf zur Rückzahlung überzahlten Honorars verpflichtet *(BSG Urteil vom 16.7.2003 - B 6 KA 34/02 R - SozR 4-5520 § 33 Nr 2 RdNr 23)*. Die Ausübung ärztlicher Tätigkeit in Form einer BAG kann auch Auswirkungen auf Haftungsfragen bei belegärztlicher Tätigkeit haben. So geht der BGH davon aus, dass eine Haftung nach den Grundsätzen der Gemeinschaftspraxis dann fortbesteht, wenn die Ärzte der Gemeinschaftspraxis als Belegärzte im gleichen Krankenhaus tätig sind und die in der Praxis begonnene Behandlung - aus der Sicht des Patienten - gemeinschaftlich fortsetzen *(BGH Urteil vom 16.5.2000 - VI ZR 321/98 - BGHZ 144, 296, 308 f)*. Auch kann sich aus der Organisation der Zusammenarbeit der Belegärzte im Einzelfall und der Art und Weise des Auftritts der Ärzte gegenüber den Patienten eine gemeinschaftliche Haftung der Belegärzte ergeben *(BGH Urteil vom 8.11.2005 - VI ZR 319/04 - BGHZ 165, 36 zur gesamtschuldnerischen Haftung einer Belegärztegemeinschaft in Form einer BGB-Gesellschaft)*.

35

b. Die gemeinschaftlich vertragsärztliche Tätigkeit in einer (überörtlichen) BAG ändert aber nichts daran, dass die Belegarztanerkennung

stets personenbezogen zu prüfen und zu erteilen ist *(BSG Urteil vom 23.3.2011 - B 6 KA 15/10 R - SozR 4-2500 § 121 Nr 6 RdNr 20; Geier in Schiller, BMV-Ä, 2. Aufl 2020, § 39 RdNr 17; vgl bereits RdNr 23)*. Etwas anderes folgt - entgegen der Rechtsauffassung des Klägers - auch nicht aus den "internen" Vertretungsmöglichkeiten innerhalb der (überörtlichen) BAG. Es mag sein, dass während der Abwesenheit des Klägers die Betreuung seiner stationären Patienten im Krankenhaus durch seine beiden Kollegen der überörtlichen BAG sichergestellt werden kann, die ihre Haupttätigkeit am Sitz der überörtlichen BAG in München ausüben und im selben Krankenhaus bereits belegärztlich tätig sind. Dies gilt aber nicht umgekehrt; der Kläger ist an den Tagen, an denen er in seiner Praxis in A arbeitet, nicht in der Lage iS des § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä die "unverzügliche" Versorgung der Patienten seiner Praxispartner im Krankenhaus sicherzustellen.

36

Vor allem ist es aber nach den derzeitigen Regelungen zur Belegarztanerkennung in §§ 39, 40 BMV-Ä ausgeschlossen, eine Anerkennung zu erteilen, die allenfalls in einer bestimmten tatsächlichen und rechtlichen Konstellation regelkonform ausgeübt werden könnte. Wenn die Anerkennung der Belegarzttätigkeit erfolgen soll, obwohl der konkret betroffene Arzt die Erreichbarkeitskriterien des § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä in eigener Person nicht erfüllt, sondern allein seine bereits belegärztlich tätigen BAG-Kollegen, so müsste die KÄV die Belegarztanerkennung insoweit bedingt - gebunden an die Zugehörigkeit zur BAG und an die belegärztliche Tätigkeit der BAG-Kollegen - erteilen. Dies ist nach geltender Rechtslage nicht vorgesehen. Bislang sind die einschlägigen Vorschriften so ausgestaltet, dass die Belegarztanerkennung stets rein personenbezogen zu prüfen ist. Durch die Anerkennung soll sichergestellt werden, dass der Arzt seiner alleinigen Verantwortung für den Patienten auch wirklich nachkommen kann. Dementsprechend ist sie ua davon abhängig, dass der betroffene Arzt in seiner Person alle Eignungskriterien nach § 39 Abs 5 BMV-Ä erfüllt. Eine Spaltung in der Weise, dass beispielsweise nur noch für die Fachkunde auf die Person des Belegarztes und für die organisatorischen Aspekte (Erreichbarkeit, Residenz) auf die Kooperation (MVZ, BAG) abzustellen ist, ist nach geltender Rechtslage nicht möglich. KÄVen können aktuell einem Arzt die Belegarztanerkennung nicht erteilen, wenn dieser - wie hier der Kläger - die Voraussetzungen nach § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä nicht in eigener Person erfüllt.

37

Es ist Sache der Partner des BMV-Ä, die Voraussetzungen für die Anerkennung als Belegarzt zu modifizieren, wenn ihnen das im Hinblick auf die Tätigkeiten von Ärzten in (überörtlichen) BAGen und MVZ zur künftigen Gewährleistung der belegärztlichen Tätigkeiten geboten erscheint. Allein auf der Grundlage des in § 121 SGB V zum Ausdruck kommenden gesetzgeberischen Ziels der Förderung eines leistungsfähigen und wirtschaftlichen Belegarztwesens *(vgl BT-Drucks 11/2237 S 203)* können Inhalt und Reichweite der hierfür zu treffenden Regelungen nicht erschlossen werden. Der Bedarf an ergänzenden Regelungen geht insoweit weit über das hinaus, was durch die Rechtsprechung im Wege der Rechtsfortbildung geschaffen werden kann, da die notwendigen Vorschriften über eine Lückenschließung deutlich hinausreichen *(vgl zu diesen Grundsätzen BSG Urteil vom 15.5.2019 - B 6 KA 5/18 R - BSGE 128, 125 = SozR 4-2500 § 103 Nr 27, RdNr 48 zur "arztlosen" Konzeptbewerbung eines MVZ um einen freien Vertragsarztsitz)*. Es bedürfte insbesondere der Festlegung, ob und welche Voraussetzungen der Vertragsarzt in eigener Person erfüllen muss bzw bei welchen Voraussetzungen auf die BAG bzw das MVZ abgestellt werden kann und welche Auswirkungen zwischenzeitliche Änderungen innerhalb der Kooperation (zB Ausscheiden des Arztes aus der BAG oder dem MVZ) haben und ob bzw wie lange die Begünstigung durch eine Berücksichtigung der Kooperation dem Belegarzt erhalten bleibt, wenn beispielsweise die Belegarztanerkennung der anderen BAG-Kollegen endet *(durch Beendigung der vertragsärztlichen Zulassung oder durch Beendigung der Tätigkeit als Belegarzt am Krankenhaus, vgl § 40 Abs 4 Satz 1 BMV-Ä)* oder die belegärztliche Anerkennung für die BAG-Kollegen zurückgenommen oder widerrufen wird *(vgl § 40 Abs 5 Satz 1 und 2 BMV-Ä)*. Die insoweit erforderlichen Regelungen zur näheren Ausgestaltung bzw Anpassung der Belegarztanerkennung an die Kooperationsformen von MVZ und BAG müssten - soweit dies überhaupt gewollt ist - die zur Normsetzung berufenen Partner des BMV-Ä treffen.

38

5. Schließlich führt auch der Umstand, dass der Kläger seine Tätigkeit im Krankenhaus im Rahmen eines kooperativen Belegarztmodells ausüben will, zu keiner anderen Bewertung.

39

a. Der Begriff des kooperativen Belegarztwesens beschreibt ein Organisationsmodell, das durch die Zusammenarbeit mehrerer Belegärzte desselben Fachgebiets innerhalb einer als Belegabteilung geführten Fachabteilung des Krankenhauses gekennzeichnet ist *(vgl § 121 Abs 1 Satz 2 SGB V)*. Damit wird der strukturellen Entwicklung Rechnung getragen, die vom traditionellen Einzel-Belegarzt zunehmend zur Betreuung einer Belegabteilung durch mehrere Belegärzte geführt hat. Dieser Wandel fand bereits Mitte der 70er Jahre Niederschlag in schriftlichen Empfehlungen von Ärztevereinigungen *(vgl zB Hinweise von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Deutscher Krankenhausgesellschaft zur Förderung des kooperativen Belegarztwesens, DÄBl 1981, 749 ff)*. Die gemeinsame Tätigkeit mehrerer Belegärzte gleicher Fachrichtungen an einem Krankenhaus (Belegarzt-Team) erlaubt eine durchgängige individuelle Krankenversorgung und eine bessere Zusammenarbeit bei der Abdeckung der Bereitschaftsdienste und der Rufbereitschaft *(Quaas in Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl 2018, § 16 RdNr 130)*. Da eine solche Zusammenarbeit die Koordinations- und Kooperationsbereitschaft der Belegärzte voraussetzt, ist der Abschluss sogenannter kooperativer Belegarztverträge geboten. Hiernach verpflichtet sich der Belegarzt gegenüber dem Krankenhausträger zur Zusammenarbeit mit den anderen Belegärzten gleicher Fachrichtung und zur gemeinsamen Patientenversorgung *(vgl zu entsprechenden Musterverträgen: Deutsche Krankenhausgesellschaft, Der niedergelassene Arzt im Krankenhaus, 2. Aufl 2016, S 46 ff)*. Ergänzt wird dies regelmäßig durch Kooperationsvereinbarungen zwischen den beteiligten Belegärzten, in welchen insbesondere Fragen der Aufgabenverteilung in der Belegabteilung, der gegenseitigen Konsultation, ggf der Unterstützung bei operativen Eingriffen und bei sonstigen ärztlichen Handlungen und der Sicherstellung durchgehender ärztlicher

Versorgung und der Vertretung in Abwesenheit zu regeln sind.

40

b. Der Senat hat dieser Entwicklung Rechnung getragen und in verschiedenen Konstellationen die Bedeutung einer auf Kooperation ausgelegten belegärztlichen Tätigkeit betont. Bereits in der Entscheidung vom 2.9.2009 *(B 6 KA 27/08 R - SozR 4-2500 § 103 Nr 5 RdNr 42)* hat der Senat ausgeführt, dass der Gesetzgeber das kooperative Belegarztwesen unterstütze, und es im Interesse einer umfassenden Versorgung der Patienten angezeigt sei, dass je Belegabteilung zumindest zwei Belegärzte kooperierten. Auch im Rahmen der Sonderbedarfszulassungstatbestände im Bereich der Dialyseversorgung nach § 24 Buchst e Bedarfsplanungsrichtlinie aF hat der Senat betont, dass die Privilegierung des Eintritts eines zweiten Arztes im Interesse einer "kooperativen Dialyseversorgung" liege *(Urteil vom 17.8.2011 - B 6 KA 26/10 R - SozR 4-2500 § 101 Nr 11 RdNr 37)*. Der Verbesserung des Versorgungsstandards und der Versorgungssicherheit durch die gemeinschaftliche Verantwortung von zwei Ärzten dürfe besonderes Gewicht beigemessen werden.

41

c. Das kooperative Belegarztmodell befreit den einzelnen Belegarzt aber nicht von den Vorgaben des § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä. Die Kooperationsmöglichkeiten sollen maßgeblich die Organisation einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Behandlung innerhalb der Belegabteilung ermöglichen. Für die der kooperativen Zusammenarbeit mehrerer Belegärzte am Krankenhaus vorgelagerte Frage der Geeignetheit des jeweiligen Vertragsarztes als Belegarzt schaffen sie keinen Ausgleich *(anders SG Dortmund Urteil vom 5.3.2014 - S 9 KA 203/11 - juris RdNr 45, 46; Köhler-Hohmann in jurisPK-SGB V, 3. Aufl 2016, § 121 RdNr 46; vgl auch Hessisches LSG Urteile vom 24.6.2009 - L 4 KA 18/08 und L 4 KA 17/08 - juris, jeweils RdNr 30; Bonvie, jurisPR-MedizinR 7/2020 Anm 2)*. Die Belegarztanerkennung ist - wie bereits dargelegt - personenbezogen zu prüfen und zu erteilen *(vgl bereits RdNr 23, 35 f).* Bereits in den Hinweisen der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Förderung des kooperativen Belegarztwesens aus dem Jahr 1981 wird die Notwendigkeit der räumlichen Nähe zum Krankenhaus gerade auch im Rahmen des kooperativen Belegarztwesens betont, wenn formuliert ist: "Die Belegärzte sollen im Einzugsbereich des Krankenhauses wohnen und dort ambulant tätig sein, damit sie den Weg zum Krankenhaus in einer angemessen kurzen Zeit zurücklegen können" *(DÄBl 1981, 749, 750).* Die Formulierung "ihre Patienten" in § 121 Abs 2 SGB V unterstreicht die Intention des Gesetzgebers: Der Patient wird nicht vom Krankenhaus behandelt, sondern verbleibt auch während des stationären Aufenthaltes in der Obhut des Vertragsarztes. Die Tätigkeit des Belegarztes ist durch Eigenverantwortlichkeit im Zuge des Behandlungsgeschehens geprägt *(Bohle in Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl 2017, § 9 RdNr 20)*. Grundsätzlich bleibt der Belegarzt - eben auch bei kooperativer Belegarzttätigkeit - für seine und die ihm zugewiesenen Patienten verantwortlich *(Ratzel/Luxenburger in Ratzel/Luxenburger, Handbuch Medizinrecht, 4. Aufl 2021, Abschn 22 RdNr 25; Peikert in Heidelberger Kommentar Arztrecht, Krankenhausrecht, Medizinrecht, Stand der Einzelbearbeitung 7/2002, Kap 805 Belegarzt RdNr 39)*.

42

d. Ein anderes Ergebnis folgt auch nicht aus dem zwischen dem Kläger und dem Krankenhaus geschlossenen Belegarztvertrag. Die Regelungen des Vertrages formen die Rechte und Pflichten des Belegarztes aus. Sie stellen in erster Linie sicher, dass der Belegarzt seinen eigenen vertraglichen Behandlungspflichten gegenüber den Patienten nachkommen kann *(vgl Bohle in Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl 2017, § 9 RdNr 30)*. Der Belegarztvertrag zwischen dem Kläger und dem Krankenhaus regelt in § 1 Abs 4, dass die Tätigkeit als Belegarzt im Sinne eines kooperativen Behandlungssystems erfolgen soll. Der Vertrag sieht zudem in § 3 Abs 2 Satz 1 eine Verpflichtung des Klägers zur vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den in der Klinik tätigen Ärzten derselben und anderer Fachrichtungen auch für die Sicherstellung der durchgehenden ärztlichen Versorgung und die Vertretung bei Abwesenheit vor *(§ 3 Abs 2 Satz 2)*. Weiterhin ist in § 3 Abs 5 geregelt, dass der Kläger für die Sicherstellung der durchgehenden ärztlichen Versorgung und der Vertretung bei Abwesenheit (insbesondere Bereitschaftsdienst) für seine Patienten verantwortlich ist.

43

Die Notwendigkeit dieser Regelungen folgt bereits daraus, dass eine durchgehende Anwesenheit des Klägers im Krankenhaus in keinem Fall - schon wegen der Tätigkeit am Vertragsarztsitz und auch wegen Urlaubs- und Krankheitszeiten - gewährleistet werden kann, so dass insofern auch eine Vertretungsregelung getroffen werden muss. Da der Belegarzt sowohl für die stationäre Krankenhausversorgung als auch für seinen Praxissitz verantwortlich ist, ist es systemimmanent, dass der Belegarzt nicht ständig im Krankenhaus anwesend sein kann. Auswirkungen auf die personenbezogenen Erreichbarkeitsvoraussetzungen der Belegarztanerkennung haben die einschlägigen Regelungen des Belegarztvertrages nicht.

44

e. Entgegen der Rechtsauffassung des LSG folgt auch aus dem Urteil des Senats vom 23.3.2016 *(B 6 KA 7/15 R - SozR 4-2500 § 75 Nr 16)* nichts anderes. Danach darf auch ein belegärztlich tätiger Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurg unter Berücksichtigung seines einheitlichen Versorgungsauftrags zum vertragsärztlichen Notdienst herangezogen werden. Der Senat hat in dieser Entscheidung lediglich deutlich gemacht, dass es mit Bundesrecht im Einklang steht, wenn die Notdienstsatzung einer KÄV die Befreiung von der Teilnahme am allgemeinen Bereitschaftsdienst im Fall der belegärztlichen Tätigkeit von der Anzahl der Belegbetten, von einer kooperativen Ausübung der Belegarzttätigkeit oder von der Dienstfrequenz im Bereitschaftsdienst-Bereich abhängig macht *(BSG aaO RdNr 18)*. Im Hinblick auf die

gebotene Gleichbehandlung aller Vertragsärzte rechtfertigt eben nicht jede belegärztliche Tätigkeit die Befreiung vom vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst - der Belegarzt ist insoweit grundsätzlich nicht privilegiert - sondern nur dann, wenn die Belegarzttätigkeit in ihrer konkreten Ausgestaltung ausnahmsweise eine Teilnahme am vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst unzumutbar erscheinen lässt *(vgl auch Pawlita in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl 2020, § 103 RdNr 458)*. Hieraus folgen aber keine "Erleichterungen" für die Frage der Eignung des Belegarztes iS des § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä. Bei anderer Betrachtung könnten sich sonst Belegärzte gegenseitig auf diese Kooperation berufen mit dem Ergebnis, dass keiner (oder höchstens einer) der Belegärzte noch die Voraussetzungen des § 39 Abs 5 Nr 3 BMV-Ä erfüllen müsste *(zutreffend SG München Urteil vom 6.6.2019 - S 20 KA 18/18; Geier in Schiller, BMV-Ä, 2. Aufl 2020, § 39 RdNr 17)*. Es wäre im Übrigen auch insoweit Sache der Partner des BMV-Ä, die Belegarztanerkennung im Spannungsfeld von persönlichem Arztbezug und Einbindung des Arztes in das kooperative Belegarztmodell neu auszurichten, wenn das bisherige Regelungssystem als zu eng angesehen wird. Nach der jetzigen Ausgestaltung der einschlägigen Normen ist jedenfalls daran festzuhalten, dass die Belegarztanerkennung einem bestimmten, namentlich bekannten Arzt zu erteilen ist, der die gestellten Anforderungen in seiner Person erfüllen muss.

45

B. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO. Danach hat der Kläger als letztlich unterlegener Beteiligter die Kosten des Verfahrens zu tragen. Eine Erstattung der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, da diese keine eigenen Anträge gestellt haben *(§ 162 Abs 3 VwGO, vgl BSG Urteil vom 31.5.2006 - B 6 KA 62/04 R - BSGE 96, 257 = SozR 4-1300 § 63 Nr 3, RdNr 16)*.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-21