

## Rechtsreport

## Eignung als Belegarzt

Die Anerkennung als Belegärztin oder Belegarzt erfordert eine Wohnung und eine Praxis in der Nähe des Krankenhauses. Das hat das Bundessozialgericht (BSG) entschieden.

Der Kläger ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und zur vertragsärztlichen Versorgung in einer Stadt zugelassen, die über 39 Minuten vom Krankenhaus entfernt ist, in dem die Belegarztstätigkeit ausgeübt werden soll. Er ist zudem Mitglied einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) für Orthopädie, die aus fünf Ärzten besteht und die ihren Hauptsitz in der Nähe des Krankenhauses hat. Zwei Mitglieder der überörtlichen BAG sind bereits als Belegärzte für Orthopädie zugelassen.

Die Belegarztanerkennung setze nach den Vorgaben des Bundesmantelvertrages

(BMV-Ä) voraus, dass der Praxissitz des Vertragsarztes in räumlicher Nähe der Belegabteilung des Krankenhauses liegt. Diese Regelungen gelten auch nach Abschaffung der Residenzpflicht für Vertragsärzte weiterhin. Dabei sei auf den Praxissitz abzustellen, an welchem der Arzt hauptsächlich seine ambulante vertragsärztliche Tätigkeit ausübe. Der Arzt müsse das Krankenhaus, in dem er seine Belegarztstätigkeit ausüben will, von der Praxis aus innerhalb von 30 Minuten regelmäßig erreichen. Eine Fahrzeit zwischen der Praxis und dem Krankenhaus in München von mindestens 39 Minuten, wie im vorliegenden Fall, sei dafür nicht ausreichend. Denn ein Belegarzt müsse in der Lage sein, bei Komplikationen kurzfristig die erforderlichen Maßnahmen einzuleiten. Zwar könne der Belegarzt in akuten

Notsituationen auf die Ärzte des Krankenhauses zurückgreifen, doch muss er selbst eingreifen können, wenn die Fachkunde des behandelnden Arztes erforderlich ist.

Die Anerkennung als Belegarzt im Sinne von § 121 Abs. 2 SGB V erfolge stets personenbezogen. Darum reicht der Umstand, dass der Kläger Mitglied einer überörtlichen BAG sei und mit anderen Ärzten des Krankenhauses kooperativ zusammenarbeiten möchte, nach Meinung des BSG nicht für die Erfüllung der Voraussetzungen einer Belegarztanerkennung aus. Einer etwaigen zeitlich untergeordneten Tätigkeit des Arztes am Hauptsitz der überörtlichen BAG, der näher am Krankenhaus liegt, komme insoweit keine Bedeutung zu.

BSG Urteil vom 17. März 2021, Az.: B 6 KA 6/20 R *RAin Barbara Berner*

## GOÄ-Ratgeber

## Auslegung des Zielleistungsprinzips

Gemäß § 4 Abs. 2 a GOÄ kann der Arzt für eine Leistung, die Bestandteil oder eine besondere Ausführung einer anderen Leistung nach dem Gebührenverzeichnis ist, eine Gebühr nicht berechnen, wenn er für die andere Leistung eine Gebühr berechnet. Dies gilt auch für die zur Erbringung der im Gebührenverzeichnis aufgeführten operativen Leistungen methodisch notwendigen Einzelschritte. Dass es bei der Auslegung dieses sogenannten Zielleistungsprinzips immer wieder zu Auslegungsdifferenzen kommt, zeigt das nachfolgende Beispiel.

Bei einer jungen Frau war ein unklarer, letztlich benigner Tumor, der einen Teil der Schädelkalotte inklusive der Dura mater infiltriert hatte, reseziert worden mit anschließender (einzeitiger) plastischer Deckung, unter anderem mittels Titan-Mesh.

Mehrere in der Rechnung aufgeführte Positionen waren der Patientin anschließend von ihrer privaten Krankenversicherung nicht erstattet worden. Dies betraf, neben dem von der Versicherung akzep-

tierten Ansatz der Nr. 2265 GOÄ („*Resektion eines großen Knochens – auch einschließlich eines benachbarten Gelenks mit Knochen- oder Spanverpflanzung [z. B. bei Tumorexstirpation]*“), unter anderem die analoge Berechnung der Duraexzision gemäß Nr. 2392a GOÄ sowie den Ansatz der Nr. 2554 GOÄ („*Plastischer Verschluss eines Knochendefektes im Bereich des Hirnschädels, als selbständige Leistung*“) für die Defektdeckung. Die Versicherung hatte die Erstattung der beiden letztgenannten Positionen mit dem Hinweis abgelehnt, dass es sich ihres Erachtens bei diesen um unselbstständige Teilleistungen gemäß § 4 Abs. 2 a GOÄ der Leistung nach Nr. 2265 GOÄ handeln würde.

Die daraufhin von der Patientin angerufene zuständige Landesärztekammer hat in einem gebührenrechtlichen Schlichtungsverfahren zwischen der Patientin und dem Arzt den Ansatz der beiden letztgenannten strittigen Positionen, neben mehreren hinsichtlich des Zielleistungsprinzips als nicht berechnungsfähig ange-

sehenen Rechnungspositionen, als zutreffend beurteilt.

Da die Leistungslegende der Nr. 2265 GOÄ gemäß ihrem Wortlaut nicht die zusätzliche Resektion von Hirnhaut beinhaltet, wurde für letztere Maßnahme ein analoger Ansatz der Nr. 2392a GOÄ („*Exzision einer großen, kontrakten und funktionsbehindernden Narbe – einschließlich plastischer Deckung* –“) als angemessen beurteilt. Auch der Ansatz der Nr. 2554 GOÄ wurde als angemessen angesehen, da zum einen kein nicht berechnungsfähiges Wiedereinpassen des Knochendeckels am Schädel nach erfolgter Trepanation vorlag und zum anderen die Leistung nach Nr. 2265 GOÄ nicht den im vorliegenden Fall erforderlichen zusätzlichen plastischen Verschluss eines Knochendefektes im Bereich des Hirnschädels unter anderem mittels Titan-Mesh umfasst.

Im Nachgang zu dem Schlichtungsverfahren hat die private Krankenversicherung der Patientin die beiden strittigen Leistungen erstattet. *Dr. med. Stefan Gorlas*