

S 12 KA 579/06 ER

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 579/06 ER
Datum
22.05.2006
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

1. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung vom 29.03.2006 wird zurückgewiesen.

2. Der Antragsteller hat der Antragsgegnerin die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten und trägt die Gerichtskosten.

3. Der Streitwert wird auf 6.200,00 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten im Rahmen eines einstweiligen Anordnungsverfahrens um die Abrechnung der seit dem Quartal II/05 erbrachten anästhesiologischen Leistungen nach Kapitel 5 EBM 2000 plus.

Der Antragsteller ist seit 1983 als Arzt, seit März 1995 als Facharzt für Allgemeinmedizin mit Praxissitz in F zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Seit 1977 ist er auch Facharzt für Anästhesiologie.

Am 16.06.2005 beantragte er die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen für Anästhesie.

Mit Bescheid vom 19.07.2005 lehnte die Antragsgegnerin den Antrag ab. Sie führte aus, die Bestimmungen des EBM 2000 plus beinhalteten eine fachgruppenspezifische Abrechnungssystematik. Zugleich sei in den Präambeln der einzelnen Kapitel niedergelegt worden, dass grundsätzlich ausschließlich die dort genannten Leistungen außerhalb des fachgruppenspezifischen Kapitels zur Abrechnung kommen könnten. Ausschlaggebend sei deshalb die fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen. Gemäß seines Zulassungsstatus sei der Antragsteller auf die Leistungen nach Kapitel 3 EBM 2000 plus sowie die dort in der Präambel genannten Leistungen beschränkt. Er könne nur noch die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung beantragen.

Hiergegen legte der Antragsteller am 18.08.2005 Widerspruch ein. Zur Begründung trug er vor, er sei seit 1983 sowohl als Allgemeinarzt als auch als ambulanter Anesthesist etwa zu gleichen Teilen tätig. Die Neuregelung im EBM 2000 plus führe dazu, dass er einen wesentlichen Bestandteil seiner freiberuflichen Tätigkeit nicht mehr ausüben könne. Dies gefährde ihn in seiner Existenz. Ihm werde die wirtschaftliche Grundlage seiner Tätigkeit entzogen. Die Neuregelung greife in sein Grundrecht der freien Berufswahl und -ausübung ein. Bei der Neuregelung handele es sich um eine objektive Bedingung der Zulassung. Sie sei unverhältnismäßig. Im EBM 2000 plus seien weder Übergangs- noch Härtefallregelungen vorgesehen. Es gebe aber Ausnahmeregelungen, so z. B. für Ärzte, die auch für ein anderes Fachgebiet zugelassen seien oder in Gemeinschaftspraxis mit Ärzten anderer Fachgebiete tätig seien.

Mit Widerspruchsbescheid vom 01.02.2006, zugestellt am 07.02., wies die Antragsgegnerin den Widerspruch zurück. In der Begründung führte sie aus, aufgrund der fachgruppenspezifischen Abrechnungssystematik des EBM 2000 plus sei die fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen maßgebend. Die im Kapitel 5 EBM 2000 plus aufgeführten Leistungen könnten nur von Fachärzten für Anästhesie abgerechnet werden. An der hausärztlichen Versorgungsebene könnten ohne entsprechende Zulassung keine fachärztlichen Leistungen erbringen. Darüber hinaus habe der Vorstand festgelegt, dass aus Gründen der Sicherstellung in begründeten Einzelfällen eine Genehmigung zuerkannt werden könne. Der Antragsteller habe in den Quartalen IV/04 und I/05 jeweils 18 % der Gesamttätigkeit Anästhesieleistungen erbracht. Hinzu kämen 16 % bzw. 8 % an Narkoseleistungen nach den Strukturverträgen. Allein in F seien aber 44 Fachärzte für Anästhesiologie niedergelassen. Eine Sonderregelung aus Gründen der Sicherstellung komme nicht in Betracht. Mit dem EBM

2000 plus sei ein eventueller Vertrauensschutz entfallen. Der EBM 2000 plus sei auch verhältnismäßig. Sie sei als KV an die Vorgaben des Bewertungsausschusses gebunden.

Hiergegen hat der Antragsteller am 03.03.2006 die Klage erhoben (Az.: [S 12 KA 285/06](#)). Er trägt bisher ergänzend zu seinem Widerspruchsvorbringen vor, schon nach Nr. 6.2 Allgemeine Bestimmungen I EBM 2000 plus dürfe er die anästhesiologischen Leistungen erbringen, da er seine Tätigkeit in mehreren Fachgebieten ausübe. Aus BSG, Urt. v. 26.06.2002 – [B 6 KA 6/01 R](#) – folge, dass es nicht auf den Zulassungsstatus ankommen, sondern allein auf die Fachgebietsanerkennung. Er hat beantragt, den Bescheid der Antragsgegnerin vom 19.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.02.2006 aufzuheben und die Antragsgegnerin zu verurteilen, ihm eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach dem Bereich Anästhesiologie nach Kapitel 5 EBM 2000 plus für die Quartale ab II/05 ff. zu erteilen.

Die Antragsgegnerin hat bisher beantragt, die Klage abzuweisen. Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid. Ergänzend trägt sie vor, der Antragsteller habe auf Grund der abrechnungsspezifischen Systematik des EBM 2000 plus keinen Anspruch auf Genehmigung der beantragten EBM-Ziffern. Die Nr. 6.2 Allgemeine Bestimmungen I EBM 2000 plus verweise auf Nr. 1.3, die an den Zulassungsstatus des jeweiligen Vertragsarztes anknüpfe. Der Antragsteller sei aber nicht als Anästhesist zugelassen. Die von ihm zitierte Entscheidung des BSG betreffe den EBM '96 und sei nicht übertragbar.

Am 29.03.2005 beantragte der Antragsteller das einstweilige Anordnungsverfahren unter Wiederholung seines Vorbringens im Hauptsacheverfahren. Er hat eine Gewinnermittlung für das Jahr 2004 vorgelegt. Hierzu erläutert er, ausgehend von einem Gesamterlös im Jahre 2004 in Höhe von 182.348,24 Euro würde er bei einem anästhesiologischen Anteil von 34 % einen Mindererlös von 62.000,00 Euro erzielen. Der Gewinn werde damit von 102.076,06 Euro auf ca. 60.000 Euro vermindert. Er habe weitere berücksichtigungsfähige Kosten von jährlich 67.889,47 Euro auf der Grundlage des Jahres 2004. Es würde sich danach ein jährlicher Verlust von 6.000,00 Euro bis 8.000,00 Euro ergeben. Kosten der allgemeinen Lebenshaltung wie Nahrung und Kleidung etc. seien darin nicht berücksichtigt. Er habe einen Genehmigungsanspruch bereits nach 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen EBM 2000 plus. 6.2 und der Verweis auf 1.3 bedeuteten nicht die Orientierung am Zulassungsstatus. Auch nach der BSG-Rechtsprechung komme es nicht auf den Zulassungsstatus an. Die Neuregelung greife auch in sein Grundrecht auf freie Berufswahl ein. Sie sei unverhältnismäßig. Er habe bisher Leistungen auch als Anästhesist erbracht. Es bedürfe zumindest einer Härtefall- und Übergangsregelung.

Der Antragsteller beantragt, die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihm seine ab dem Quartal II/05 erbrachten anästhesiologischen Leistungen nach Kapitel 5 EBM 2000 plus abzurechnen und zu vergüten.

Die Antragsgegnerin beantragt, den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung zurückzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid. Ergänzend trägt sie hierzu und zu ihrem Vorbringen im Hauptsacheverfahren vor, in der Präambel des Kapitels 5 unter Nr. 2 werde dem Facharzt für Allgemeinmedizin unter bestimmten Voraussetzungen die Abrechnung der Leistungen des Kapitels 5 ermöglicht. Er dürfe dann jedoch keine Leistungen des Kapitels 3 mehr abrechnen. Hierdurch werde noch einmal die arztgruppenspezifische Gliederung hervorgehoben. Auch der in der Präambel von Kapitel 3 unter Nr. 5 enthaltene Verweis auf bestimmte Leistungen des Kapitels 31 mache deutlich, dass die in dem zitierten BSG-Urteil genannte Fallgestaltung bei der Schaffung des EBM 2000 plus bekannt gewesen und bewusst die Abrechnung der eigentlichen ambulanten und belegärztlichen Operationen nach Kapitel 31.2 sowie die Anästhesien nach Kapitel 31.5 durch Fachärzte für Allgemeinmediziner ausgeschlossen worden sei. Die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in die haus- und fachärztliche Versorgungsebene diene der Sicherung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung und der Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen. Es werde auch der Anreiz, eine möglichst große Zahl von Leistungen aus der Gesamtheit der im EBM enthaltenen Leistungen abzurechnen, beseitigt. Bei der Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in die haus- und fachärztliche Versorgungsebene handele es sich um Regelungen der Berufsausübung, deren Verfassungsgemäßheit geklärt sei. Eine Übergangsregelung habe nicht geschaffen werden müssen. Die von dem Antragsteller beantragten Leistungen seien für ihn untypisch. Ein Vertrauensschutz entfalle, wenn ein Vertragsarzt auf eine Änderung der Verwaltungspraxis hingewiesen werde. Es fehle auch an einem Anordnungsgrund.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

II.

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung vom 29. März 2006 ist grundsätzlich zulässig, aber unbegründet.

Das Gericht der Hauptsache kann auf Antrag einen Erlass einer einstweiligen Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustands die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte. Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint ([§ 86b Abs. 2 S. 1 u. 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#)). Es müssen ein Anordnungsanspruch und ein Anordnungsgrund glaubhaft gemacht werden ([§ 920 Zivilprozessordnung i. V. m. § 86b Abs. 2 S. 4 SGG](#)).

Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung war abzuweisen.

Ein Anordnungsanspruch ist zu verneinen.

Der Antragsteller hat keinen Anspruch darauf, dass die Antragsgegnerin ihm seine ab dem Quartal II/05 erbrachten anästhesiologischen Leistungen nach Kapitel 5 EBM 2000 plus abrechnet und vergütet. Insofern ist der im Verfahren mit Az.: [S 12 KA 285/06](#) angefochtene Bescheid vom 19.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.02.2006 rechtmäßig. Von daher kann hier dahinstehen, ob der Antragsteller überhaupt ohne Genehmigung die von ihm begehrten Leistungen abrechnen kann, unabhängig davon, ob er einen Anspruch

auf Genehmigung hat.

Nach dem ab 01.04.2005 geltenden EBM 2000 plus sind die abrechnungsfähigen Leistungen drei Bereichen zugeordnet: arztgruppenübergreifenden allgemeinen Leistungen, arztgruppenspezifischen Leistungen und arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen. Arztgruppenspezifische Leistungen unterteilen sich in Leistungen des hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereichs. In den arztgruppenspezifischen Kapiteln bzw. Abschnitten sind entweder durch Aufzählung der Leistungspositionen in den jeweiligen Präambeln oder Auflistung im Kapitel bzw. Abschnitt alle von einer Arztgruppe berechnungsfähigen Leistungen angegeben. Arztgruppenspezifische Leistungen können nur von den in der Präambel des entsprechenden Kapitels bzw. Abschnitts genannten Vertragsärzten, die die dort aufgeführten Kriterien erfüllen, berechnet werden (Abschnitt I 1.2.2 EBM 2000 plus). Abrechnungsfähige Leistungen, deren Berechnung an ein Gebiet, einen Schwerpunkt (Teilgebiet), eine Zusatzbezeichnung oder sonstige Kriterien gebunden ist, setzen das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraus (vgl. Abschnitt I 1.2 bis 1.5 EBM 2000 plus).

Bei den vom Antragsteller begehrten Leistungen nach Kapitel 5 (Anästhesiologische Leistungen) handelt es sich um arztgruppenspezifische Leistungen. Sie sind Teil des fachärztlichen Versorgungsbereichs nach Abschnitt IIIb. Die in Kapitel 5 EBM 2000 plus aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Anästhesiologie abgerechnet werden (Präambel 5.1 Nr. 1 EBM 2000 plus). Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen anästhesiologische Leistungen erbringen - gemäß [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Leistungen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen (Präambel 5.1 Nr. 2 EBM 2000 plus).

Die Antragsgegnerin hat die Bestimmungen des EBM 2000 plus zutreffend angewandt. Insbesondere liegen auch nicht die Voraussetzungen nach Nr. 6.2 Allgemeinen Bestimmungen EBM 2000 plus vor. Danach kann ein Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausübt, unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen die arztgruppenspezifischen Leistungen nach allen Gebieten abrechnen. 1.3 Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen EBM 2000 plus verlangt hierfür aber das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien. Neben der Berechtigung zur Führung der Gebietsbezeichnung, die bei dem Antragsteller vorliegt, besitzt er aber nicht die Zulassung als Facharzt für Anästhesiologie. Von daher ist er nicht berechtigt, Leistungen nach Kapitel 5 EBM zu berechnen, solange er nicht von dem haus- in den fachärztlichen Versorgungsbereich durch Beschluss des Zulassungsausschusses gewechselt ist. Maßgeblich stellt der EBM 2000 plus damit auf den Zulassungsstatus ab.

Nach den Bestimmungen des EBM 2000 plus kann eine Genehmigung für die vom Antragsteller begehrten Leistungen nicht erteilt werden. Bei den Bewertungsmaßstäben handelt es sich um Normsetzung durch Vertrag (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, Az: [B 6 KA 44/03 R](#), [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 78). Die Antragsgegnerin ist hieran ebenso wie ein Vertragsarzt gebunden (vgl. [§ 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V](#)).

Soweit die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossene Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 (DÄ 2005, A 77) ebenso wie die Antragsgegnerin davon ausgeht, die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten wegen der Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 72 SGB V](#) aus Sicherstellungsgründen allen Vertragsärzten sowohl eine Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums als auch die Abrechnung einzelner ärztlicher Leistungen auf Antrag des Vertragsarztes genehmigen, was auch für eine Erhöhung der Fallpunktzahl der Regelleistungsvolumen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) gelte, so kann hier dahinstehen, ob hieraus oder unmittelbar aus [§ 72 SGB V](#) eine solche Ermächtigungsgrundlage für die Kassenärztlichen Vereinigungen folgt. Die Antragsgegnerin hat insofern zutreffend im angefochtenen Widerspruchsbescheid ausgeführt, dass ein ungedeckter Bedarf im Versorgungsbereich des Antragstellers nicht besteht. Hierauf wird im Einzelnen verwiesen ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)).

Die genannten Bestimmungen des EBM 2000 plus sind auch rechtmäßig.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Leistungen sind entsprechend der in [§ 73 Abs. 1 SGB V](#) festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. März 2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass, unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen, Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden ([§ 87 Abs. 2a Satz 5 SGB V](#)). Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 5 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Grunde zu legen ([§ 87 Abs. 2a Satz 6 SGB V](#)). Die Regelungen nach den Sätzen 1, 2, 5, 6 und 9 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2004 zu treffen ([§ 87 Abs. 2a Satz 10 SGB V](#)).

Die Ermächtigungsgrundlage für den EBM in [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) genügt den Anforderungen des Parlamentsvorbehalts. Trotz der Grundrechtsrelevanz ([Art. 12 Abs. 1 GG](#)) ist die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Partner der Bundesmantelverträge verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Denn der Gesetzgeber hat die für die erstmalige Vereinbarung des EBM und seine Fortschreibung maßgebenden Strukturprinzipien im Gesetz selbst festgelegt. Der EBM dient bestimmten qualitativen und ökonomischen Zielen. Die vertragsärztliche Gebührenordnung leistet einen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden, humanen Versorgung der Versicherten ([§ 70 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2, § 72 Abs. 2 SGB V](#)) sowie zur wirtschaftlichen Erbringung der zu einer derartigen Versorgung zählenden Leistungen ([§ 70 Abs. 1 Satz 2, § 72 Abs. 2 SGB V](#)). Zugleich muss der EBM aber auch so vereinbart werden, dass die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)). Bereits diesen Gestaltungsvorgaben lässt sich ein ausreichend dichtes Normprogramm entnehmen (vgl. BSG, Urteil vom 09. Dezember 2004, Az: [B 6 KA 44/03 R](#), aaO., juris Rdnr. 74). Der Bewertungsausschuss des EBM hat eine weitgehende

Gestaltungsfreiheit bei der Regelung der Vergütungstatbestände. Er hat im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität der Vergütungsordnung schematisierende und typisierende Regelungen zu treffen. Er darf zur Qualitätssicherung die Abrechenbarkeit von Leistungen auch an qualitätssichernde Begleitmaßnahmen binden. Durch solche Vergütungsausschlüsse ist [Art. 12 Abs. 1 GG](#) nicht verletzt. Wenn nicht der Kernbereich der beruflichen Tätigkeit, sondern nur Leistungen betroffen sind, die für das Fachgebiet weder wesentlich noch prägend sind, handelt es sich nicht um eine Regelung in dem Bereich der Berufswahl, sondern lediglich in dem der Berufsausübung und ohne Statusrelevanz. Diese ist bei einer Abwägung zwischen der Eingriffsintensität und den der Qualifikationsanforderung zu Grunde liegenden Gemeinwohlbelangen - dem Gesundheitsschutz - von vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls gedeckt (vgl. BSG, Urteil vom 8. September 2004, Az: [B 6 KA 82/03 R](#), SozR 4-5533 Nr. 653 Nr. 1, juris Rdnr. 20 f.).

Die vom Antragsteller begehrten Leistungen sind für sein Fachgebiet der Allgemeinmedizin, für das er zugelassen ist, weder wesentlich noch prägend. Für die Berechtigung zur Erbringung von Leistungen kommt es aber maßgeblich auf den Zulassungsstatus an. Das BSG hat in der vom Antragsteller zitierten Entscheidung ausgeführt, grundsätzlich sei für die Frage, ob ein Vertragsarzt Leistungen, die einem bestimmten Fachgebiet zugeordnet sind, erbringen und abrechnen darf, entscheidend, dass er für dieses Fachgebiet vertragsärztlich zugelassen ist. Leistungen außerhalb des Gebietes seines Zulassungsstatus darf er danach nicht systematisch in der vertragsärztlichen Versorgung durchführen, auch wenn er auf Grund seiner Weiter- und Fortbildung die berufliche Qualifikation für die Erbringung der Leistungen besitzt (vgl. BSG, Ur. v. 26.06.2002 - [B 6 KA 6/01 R](#) -, juris Rdnr. 15 unter Hinweis auf BSG [SozR 3-2500 § 95 Nr. 7](#) S 29 betr. Arzt mit mehreren Gebietsbezeichnungen; BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr. 4](#) S 24 betr. Allgemeinarzt, der auch Chirurg ist; BSG, Ur. v. 31. Januar 2001 - [B 6 KA 11/99 R](#) , Die Leistungen - Rechtsprechung -, Beilage, 2002, S 203, 206 betr. Allgemeinarzt, der auch Kinderarzt ist). Im konkreten Fall hat das BSG trotz des fehlenden Zulassungsstatus eine Gleichstellung des klagenden Arztes mit den als Anästhesisten zugelassenen Ärzten allein deshalb angenommen, weil diese bei der Durchführung von Anästhesien auf Grund besonderer vertraglicher Regelungen über Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen gleichstünden. Mit dem EBM 2000 plus gilt dies nicht mehr. Dieser kommt den genannten gesetzlichen Vorgaben nach, was zu einer klareren Abgrenzung zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgungsebene geführt hat.

Die grundsätzliche Abgrenzung zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgungsebene ist aber rechtmäßig

Das Bundessozialgericht hat bereits wiederholt die durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte Aufteilung in einen hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungsbereich für rechtmäßig befunden und betont, dass die Zuordnung zum hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungsbereich für den Vertragsarzt ausschließlich vergütungsrechtliche Konsequenzen bewirkt, während sie seinen berufsrechtlichen Status unberührt lässt (BSG, Ur. v. 18. Juni 1997 - 6 Rka 59/98 - BSGE 80, 257 = [SozR 3-2500 § 73 Nr. 1](#) = [NJW 1999, 888](#) = [NZS 1998, 143](#), zitiert nach juris Rdnr. 17 ff. u. 24; BSG, Ur. v. 01. Juli 1998 - [B 6 KA 27/97 R](#) - [MedR 1999, 476](#) = USK 98166, juris Rdnr. 13 ff.; BSG, Beschl. v. 11. November 2005, Az: [B 6 KA 12/05 B](#) - juris Rdnr. 8). Das Bundesverfassungsgericht hat eine gegen eine Parallelentscheidung (BSG, Ur. v. 18. Juni 1997 - [6 Rka 13/97](#) -) erhobene Verfassungsbeschwerde nicht angenommen und u. a. ausgeführt, die Trennung der Versorgungsbereiche sei mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) vereinbar. Heranzuziehen seien die für eine Berufsausübungsregelung geltenden verfassungsrechtlichen Maßstäbe. Dies würde sich allerdings nicht bereits daraus ergeben, dass nur die vertragsärztliche Tätigkeit erfasst werde, denn auch Regelungen des Vertragsarztrechtes könnten als Berufswahlregelungen ausgestaltet sein. Es könne auch offenbleiben, ob die ärztliche Spezialisierung als Facharzt inzwischen als eigenständig entwickelter und in der sozialen Wirklichkeit akzeptierter Beruf anzusehen sei, denn bei den mittelbar angefochtenen Regelungen gehe es weder um den reglementierten Zugang zu einer bestimmten Arztgruppe noch zu einem Planungsbereich. Die Regelungen hätten lediglich zur Folge, dass nach Ablauf einer Übergangsfrist bestimmte Positionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes nicht mehr abgerechnet werden könnten. Einwirkungen auf das ärztliche Handeln mit dem Steuerungsinstrument der Vergütungsregelung seien schon generell ein Mittel der Berufsausübung. Dies gelte erst recht, wenn die Vergütungsregelung beim jeweiligen Arzt nur einen Teil der Tätigkeiten beträfen, die ihm nach Berufsrecht offenstünden. Die Aufgliederung des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichs diene dem Gemeinwohl. Durch die Neuordnung würden gesundheitspolitische Ziele der Qualitätsverbesserung für die Versicherten neben finanzpolitischen Zielen der Kostendämpfung angestrebt. Bei der Ausgestaltung der Krankenversicherung seien sozialpolitische Entscheidungen des Gesetzgebers hinzunehmen, solange seine Erwägungen weder offensichtlich fehlsam noch mit der Wertordnung des Grundgesetzes unvereinbar seien. Auch die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung sei als Gemeinwohlaufgabe von hoher Bedeutung anzusehen. Dies gelte auch und gerade gegenüber den Leistungserbringern innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, denen durch die Einbeziehung in das öffentlich-rechtliche System des Vertragsarztrechtes besondere Vorteile erwachsen würden (BVerfG, Beschl. v. 17. Juni 1999 - [1 BvR 2507/97](#) - [SozR 3-2500 § 73 Nr. 3](#) = [NJW 1999, 2730](#) = [MedR 1999, 560](#) = juris Rdnr. 22 f.).

Das BSG hat ferner auch Abrechnungsbeschränkungen aufgrund bundesmantelvertraglicher Vereinbarung zugelassen. Hat sich ein Vertragsarzt für den hausärztlichen und nicht den fachärztlichen Versorgungsbereich entschieden (vgl. [§ 73 Abs. 1 und Abs. 1a Satz 2 SGB V](#)), unterliegt er unabhängig von den ihm berufsrechtlich erlaubten Leistungserbringungsmöglichkeiten auf seinem Fachgebiet den vertragsarztrechtlichen Beschränkungen eines Hausarztes. Ein Vertragsarzt darf nur von der Honorierung solcher Leistungen nicht gänzlich ausgenommen werden, die in den Kernbereich seines Fachgebietes fallen bzw. für dieses wesentlich und prägend sind (vgl. BSG v. 31.01.2001 - [B 6 KA 11/99 R](#) - USK 2001-143, juris Rdnr. 15 m. w. N.; zu aus der Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich folgenden Vergütungsbeschränkungen vgl. a. BSG v. 17.09.1997 - [6 Rka 90/96](#) - BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 17](#) = [MedR 1998, 239](#) = USK 97136, juris Rdnr. 30 ff.).

Ein besonderer Vertrauensschutz kommt dem Kläger nicht zu. Die Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich wird vom Gesetzgeber schon seit längerem vorgegeben. Von daher konnte kein Vertrauen darauf erwachsen, dass die bisherigen Abrechnungsmöglichkeiten für Allgemeinärzte weiterhin bestehen würden. Soweit nunmehr mit dem EBM 2000 plus die Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich konsequent umgesetzt wird, hat dies Wirkungen für die Zukunft und bedurfte es keines besonderen Übergangsrechts.

Im Ergebnis hat der Antragsteller keinen Anordnungsanspruch.

Der Antragsteller hat aber auch keinen Anordnungsgrund glaubhaft gemacht.

Nach eigenen Angaben geht er selbst von einem Jahresüberschuss seiner Praxis in Höhe von 60.000,00 Euro aus. Diese Angaben beruhen

auf den Umsätzen und Kosten im Jahr 2004, lassen also unberücksichtigt die Möglichkeiten eines Mehrerlöses durch den Ausbau des allgemeinärztlichen Teils der Praxis und/oder aber einer Reduzierung der Unkosten aufgrund des Wegfalls anästhesiologischer Leistungen. Soweit der Kläger auf "Sonstige Kosten" verweist, wird ebf. nicht berücksichtigt, dass – sollten die Einkünfte tatsächlich sinken – die Steuerzahlungen zurückgehen. Ferner handelt es sich um allgemeine Vorsorge- und oder Lebenshaltungskosten.

Nach allem war der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 155 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil hat die Verfahrenskosten zu tragen.

Die Streitwertfestsetzung beruht auf den gesetzlichen Vorgaben.

Für das Klageverfahren gilt das Gerichtskostengesetz i. d. F. des Gesetzes zur Modernisierung des Kostenrechts (Kostenrechtsmodernisierungsgesetz – KostRMoG) vom 05.05.2004, [BGBl. I S. 718](#), da der Antrag nach dem 30.06.2004 anhängig wurde (vgl. [§ 72 Nr. 1 GKG](#)). Soweit eine Entscheidung nach § 62 Satz 1 nicht ergeht oder nicht bindet, was hier der Fall ist, setzt das Prozessgericht den Wert für die zu erhebenden Gebühren durch Beschluss fest, sobald eine Entscheidung über den gesamten Streitgegenstand ergeht oder sich das Verfahren anderweitig erledigt ([§ 63 Abs. 2 Satz 1 GKG](#)). In Prozessverfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit wird die Verfahrensgebühr mit der Einreichung der Klage-, Antrags-, Einspruchs- oder Rechtsmittelschrift oder mit der Abgabe der entsprechenden Erklärung zu Protokoll fällig ([§ 6 Abs. 1 Nr. 4 GKG](#)).

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)).

Im Hinblick auf die Vorläufigkeit einer Regelung ist der Streitwert auf die möglichen Zinskosten, ca. 10 % pro Jahr, für die Dauer des Hauptsacheverfahrens - insgesamt ca. 1 Jahr - festzusetzen. Der Antragsteller macht hierfür letztlich einen Mindererlös von 62.000 Euro geltend. Hieraus sind 10 % zu nehmen. Dies ergab den festgesetzten Wert.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2006-12-28