

## S 12 KA 658/06

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 658/06

Datum

29.11.2006

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Einem Facharzt für Anästhesiologie, der als praktischer Arzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist und an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, kann eine Genehmigung zur Abrechnung der anästhesiologischen Leistungen nach Kapiteln 5 und 31.5.3 EBM 2005 nicht erteilt werden. Maßgeblich ist der Zulassungsstatus. Auf eine darüber hinausgehende fachärztliche Weiterbildung kommt es nicht an.  
2. 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 2005 die Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich konsequent umgesetzt wird, hat dies Wirkungen für die Zukunft und bedurfte es keines besonderen Übergangsrechts. Im Übrigen liegt mit [§ 73 Abs. 1a Satz 6 SGB V](#) sachlich eine Übergangsvorschrift vor. Ferner war die Neuregelung des EBM 2005 absehbar.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Er hat auch die Gerichtskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Genehmigung zur Abrechnung der anästhesiologischen Leistungen nach Kapiteln 5 und 31.5.3 EBM 2005 sowie für Leistungen aus den Strukturverträgen für den Zeitraum 01.04. bis 25.10.2005.

Der Kläger ist Facharzt für Anästhesiologie. Er war zunächst vom 24.04. bis 28.05.1990 als Anästhesiologe zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz in BS zugelassen. Seit 29.05.1990 war er als praktischer Arzt zugelassen und nahm seit 1996 als solcher an der hausärztlichen Versorgung teil. Ihm wurde die Genehmigung zum ambulanten Operieren erteilt. Seinem Antrag vom 13.09.2005 auf Genehmigung zur Teilnahme an der ausschließlich fachärztlichen Versorgung gab der Zulassungsausschuss mit Beschluss vom 25.10.2005 statt. Zum 31.12.2005 erklärte er den Zulassungsverzicht für die Zulassung in BS. Seit 01.01.2006 ist er als Facharzt für Anästhesiologie durch Beschluss des Zulassungsausschusses vom 13.12.2005 zur vertragsärztlichen Versorgung mit Praxissitz im Landkreis PC. zugelassen.

Am 23.06.2005 beantragte er die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Kapitel 5 und 31 EBM 2005 sowie den Strukturverträgen.

Mit Bescheid vom 20.07.2005 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Sie führte aus, die Bestimmungen des EBM 2005 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 Kläger auf die Leistungen nach Kapitel 3 EBM 2005 sowie die dort in der Präambel genannten Leistungen beschränkt. Er könne nur noch die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung beantragen. Im Planungsbereich PC.Kreis liege auch eine Überversorgung für Anästhesisten vor, so dass auch im Hinblick auf die Gewährung der Sicherstellung keine Sonderregelung befürwortet werden könne.

Hiergegen legte der Kläger am 04.08.2005 Widerspruch ein. Zur Begründung trug er vor, er sei seit 1987 im Besitz der Facharztbezeichnung "Anästhesist". Auch nach seiner allgemeinärztlichen Zulassung sei er bis jetzt fast ausschließlich anästhesiologisch tätig gewesen. Er mache ca. 3.000 Narkosen pro Jahr. Ihm sei zum 01.04.1990 vom Kreisausschuss des PC.Kreises im Kreiskrankenhaus BS die Ausübung der Tätigkeit als Anästhesist genehmigt worden. Ihm oblägen die Narkosen für die chirurgisch bzw. gynäkologisch tätigen Belegärzte. Mit

Änderung der Abrechnungsbestimmungen durch den EBM gehe allerdings nicht automatisch eine Änderung der Versorgungssituation einher. Aus Sicherstellungsgründen sei ihm die ausschließliche Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung zu genehmigen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 01.03.2006, zugestellt am 10.03., wies die Beklagte den Widerspruch zurück. In der Begründung führte sie aus, aufgrund der fachgruppenspezifischen Abrechnungssystematik des EBM 2005 sei die fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen maßgebend. Die im Kapitel 5 EBM 2005 aufgeführten Leistungen könnten nur von Fachärzten für Anästhesie abgerechnet werden. An der hausärztlichen Versorgungsebene teilnehmende Ärzte könnten ohne entsprechende Zulassung keine fachärztlichen Leistungen erbringen. Gemäß Nr. 5 der Präambel in Kapitel 3.1 EBM 2005 seien bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikation die Leistungen nach Kapiteln 31.1 und 31.4 EBM 2005 berechnungsfähig. Die eigentlichen ambulanten und belegärztlichen Operationen nach den Kapiteln 31.2 sowie die entsprechenden Anästhesieleistungen nach dem Kapitel 31.5 EBM 2005 seien für Ärzte grundsätzlich nicht mehr abrechenbar. Hiervon könne nach einem Vorstandsbeschluss nur aus Gründen der Sicherstellung oder bei Entscheidung für die ausschließliche Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung abgewichen werden. Für die Sicherstellung komme es nach einem Vorstandsbeschluss auf einen Umkreis von 50 km an. Im Planungsbereich PC.Kreis seien mehrere Anästhesisten niedergelassen, ebenso in den angrenzenden Planungsbereichen der Stadt und des Landkreises FP. sowie des WK.Kreises Der Planungsbereich PC.Kreis sei ebenso wie die angrenzenden Bereiche planungsrechtlich überversorgt. Aufgrund der bestehenden Sicherstellung könne dem Kläger ebenso wenig eine Abrechnungsgenehmigung für ambulantes Operieren nach den Strukturverträgen erteilt werden.

Hiergegen hat der Kläger am 04.04.2006 die Klage erhoben. Er trägt ergänzend zu seinem Widerspruchsvorbringen vor, ihm sei erstmals anlässlich eines Gesprächs aus anderem Grunde von der Beklagten am 23.06.2005 mitgeteilt worden, dass er die strittigen Leistungen seit Einführung des EBM 2005 nicht mehr erbringen könne. Ihm sei zur Antragstellung geraten worden. Vor Einführung des EBM 2005 sei er nicht beraten worden. Sein anästhesiologischer Schwerpunkt sei der Beklagten bekannt gewesen. Er habe nicht wissen können, dass die anästhesiologischen Leistungen für ihn wegfallen würden. Selbst bei einer Informationspflicht seinerseits sei bis kurz vor April 2005 noch völlig unklar gewesen, ob der EBM 2005 tatsächlich zum April oder erst Juli 2005 eingeführt werde. Die speziellen Regelungen seien auch nicht bekannt gewesen. Die Beklagte habe von ihrem Ermessen keinen Gebrauch gemacht. Sicherstellungsaspekte habe sie nicht überzeugend verneint. Ihm hätte eine Übergangsfrist eingeräumt werden müssen. Es widerspreche Treu und Glauben, nach jahrelanger Abrechnung unvermittelt die Nichtabrechnungsfähigkeit mitzuteilen.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 20.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.03.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Genehmigung zur Abrechnung der anästhesiologischen Leistungen nach Kapiteln 5 und 31.5.3 EBM 2005 sowie für Leistungen aus den Strukturverträgen für den Zeitraum 01.04. bis 25.10.2005 zu erteilen, hilfsweise

den Bescheid der Beklagten vom 20.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.03.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts über seinen Antrag vom 23.06.2005 neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Bescheid. Ergänzend trägt sie vor, der Kläger habe auf Grund der abrechnungsspezifischen Systematik des EBM 2005 keinen Anspruch auf Genehmigung der beantragten EBM-Ziffern. Maßgeblich sei der Zulassungsstatus. Eine begünstigende Sonderregelung aus Gründen der Sicherstellung komme ebenfalls nicht in Betracht. Der Zulassungsausschuss habe in seinem Beschluss vom 25.10.2005 wegen der Zulassungsbeschränkungen keinen Bedarf gesehen. Lediglich wegen des anästhesiologischen Schwerpunktes habe er einen Wechsel in die fachärztliche Versorgungsebene zugelassen. Der Gesetzgeber habe die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgungsebene vorgegeben. Die vom Kläger begehrten Leistungen seien für sein Fachgebiet der Allgemeinmedizin weder wesentlich noch prägend. Durch die gesetzlichen Vorgaben und deren konsequente Umsetzung im EBM 2005 sei es dem Kläger auch hinlänglich bekannt gewesen, dass er aufgrund seines Zulassungsstatus die anästhesiologischen Leistungen nicht mehr abrechnen dürfe. Ein besonderer Vertrauensschutz komme dem Kläger nicht zu.

Die Kammer hat mit den Beteiligten am 30.08.2006 eine mündliche Verhandlung durchgeführt und den Rechtsstreit wegen Vergleichsverhandlungen der Beteiligten vertagt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der Beratungen gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG -](#)). Sie konnte dies ohne unmittelbar vorausgehender mündlicher Verhandlung tun, weil sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der angefochtene Bescheid vom 20.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.03.2006 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erteilung einer Genehmigung zur Abrechnung der anästhesiologischen Leistungen nach Kapiteln 5 und 31.5.3 EBM 2005 sowie für Leistungen aus den Strukturverträgen für den Zeitraum 01.04. bis 25.10.2005. Die Klage war abzuweisen.

Nach dem ab 01.04.2005 geltenden EBM 2005 sind die abrechnungsfähigen Leistungen drei Bereichen zugeordnet: arztgruppenübergreifenden allgemeinen Leistungen, arztgruppenspezifischen Leistungen und arztgruppenübergreifenden spezielle 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 2005). 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 2005).

Bei den vom Kläger begehrten Leistungen nach Kapitel 5 EBM 2005 (Anästhesiologische Leistungen) handelt es sich um arztgruppenspezifische Leistungen. Sie sind Teil des fachärztlichen Versorgungsbereichs nach Abschnitt IIIb. Die in Kapitel 5 EBM 2005 aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Anästhesiologie abgerechnet werden (Präambel 5.1 Nr. 1 EBM 2005). 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 2005).

Bei den vom Kläger begehrten Leistungen nach Kapitel 31.5.3 EBM 2005 (Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 31.2) handelt es sich um arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen. Nach Abschnitt 31.5.1 Präambel des Kapitels 31.5 EBM 2005 können die Leistungen nach Abschnitt 31.5.3 EBM 2005 nur von Fachärzten für Anästhesie erbracht werden. Auch hier wird bestimmt, dass Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung - 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 können. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen (Präambel 31.5.1 Nr. 3 EBM 2005).

Aufgrund seines Zulassungsstatus als an der hausärztlichen Versorgung teilnehmender praktischer Arzt war der Kläger im strittigen Zeitraum auf die Erbringung der im Kapitel 3 EBM 2005 genannten Leistungen beschränkt. Auf seine darüber hinausgehende fachärztliche Weiterbildung kommt es nicht an, da maßgeblich der Zulassungsstatus ist. Korrelierend zu den bereits genannten Regelungen werden die strittigen Leistungen nicht genannt. Es wird lediglich ebf. auf die Möglichkeit zum Wechsel auf die fachärztliche Versorgungsebene verwiesen (Präambel 3.1 Nr. 2 EBM 2005).

Die Beklagte hat die Bestimmungen des EBM 2005 zutreffend angewandt. Es liegen auch nicht die Voraussetzungen nach Nr. 6.2 Allgemeinen Bestimmungen EBM 2005 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 2005 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 Kläger vorliegt, besitzt er aber für den streitbefangenen Zeitraum nicht die Zulassung als Facharzt für Anästhesiologie. Von daher ist er nicht berechtigt, Leistungen nach Kapiteln 5 und 31.5.3 EBM 2005 zu berechnen, solange er nicht von dem haus- in den fachärztlichen Versorgungsbereich durch Beschluss des Zulassungsausschusses gewechselt hat. Maßgeblich stellt der EBM 2005 damit auf den Zulassungsstatus ab.

Nach den Bestimmungen des EBM 2005 kann eine Genehmigung für die vom Kläger 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 Beklagte ist hieran ebenso wie ein Vertragsarzt gebunden (vgl. [§ 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V](#)).

Soweit die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV abgeschlossene Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 (DÄ 2005, A 77) davon ausgeht, die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten wegen der Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 72 SGB V](#) aus Sicherheitsgründen allen Vertragsärzten sowohl eine Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums als auch die Abrechnung einzelner ärztlicher Leistungen auf Antrag des Vertragsarztes genehmigen, so handelt es sich lediglich um eine Rechtsansicht. Eine eigenständige Ermächtigungsgrundlage zum Abweichen vom EBM 2005, der detailliert und im Einzelnen regelt, inwiefern Leistungen anderer Kapitel abgerechnet werden können, wurde damit nicht geschaffen. [§ 72 SGB V](#), der lediglich allgemeine Vorgaben zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung enthält, ist ebf. keine Rechtsgrundlage für ein Abweichen von den Vorgaben des EBM 2005 (vgl. SG Marburg, Urteil vom 19.07.2006, Az.: [S 12 KA 23/06](#), nicht rechtskräftig). Im Übrigen hat die Beklagte unter Hinweis auf die für Anästhesiologen bestehende Zulassungsbeschränkung im damaligen Planungsbereich des Klägers zutreffend einen besonderen Versorgungsbedarf verneint. Soweit der Kläger dann in den fachärztlichen Versorgungsbedarf gewechselt ist, kommt es nach [§ 73 Abs. 1a Satz 6 SGB V](#) allein auf seinen Schwerpunkt an. Diese Vorschrift stellt nicht auf einen Versorgungsbedarf ab.

Die genannten Bestimmungen des EBM 2005 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 Kläger begehrten Leistungen sind für sein Fachgebiet der Allgemeinmedizin, für das er im strittigen Zeitraum zugelassen war, weder wesentlich noch prägend. Für die Berechtigung zur Erbringung von Leistungen kommt es aber maßgeblich auf den Zulassungsstatus an. Für die Frage, ob ein Vertragsarzt Leistungen, die einem bestimmten Fachgebiet zugeordnet sind, erbringen und abrechnen darf, ist grundsätzlich 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, Urte. 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, Urte. 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 2005 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, Urte. 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, Urte. 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, Urte. 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 Vertragsarztes könnten als Berufswahlregelungen ausgestaltet sein. Es könne auch offen bleiben, 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 offen stünden. 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 Vertragsarztes 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 2005 die Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich konsequent umgesetzt wird, hat dies Wirkungen für die Zukunft und bedurfte es keines besonderen Übergangsrechts.

Im Übrigen liegt mit [§ 73 Abs. 1a Satz 6 SGB V](#) sachlich eine Übergangsvorschrift vor. Mit dieser durch das Gesundheitsstrukturgesetz v. 21.12.1992 eingeführten Regelung besteht für Allgemeinärzte oder praktische Ärzte die Möglichkeit, in die fachärztliche Versorgungsebene zu wechseln, soweit sie entgegen ihres Zulassungsstatus zur Teilnahme an der hausärztlichen Versorgungsebene tatsächlich eine fachärztliche Tätigkeit ausgebildet haben. Auch war die Neuregelung des EBM 2005 absehbar. Nach langen vorausgehenden Diskussionen der Organe der Gemeinsamen Selbstverwaltung und der Berufsverbände hat der Bewertungsausschuss mit Beschluss vom 01.08.2004 eine Neufassung des EBM beschlossen, die bereits die Regelungen enthielt, nach der Allgemeinmediziner und praktische Ärzte anästhesiologische Leistungen nicht abrechnen konnten bzw. nur die Möglichkeit des Wechsels in die fachärztliche Versorgungsebene besteht. Bereits mit Beschluss vom 17.09.2004 hat der Bewertungsausschuss das Inkrafttreten des EEBM 2005 vom 01.01. auf den 01.04.2005 verschoben (vgl. homepage der KBV <http://www.kbv.de> unter <http://www.ebm2000plus.de>). Danach war über sechs Monate vor Inkrafttreten absehbar, dass die bisherige Abrechnungsweise des Klägers nicht mehr möglich sein werde. Eines weiteren Übergangsrechts bedurfte es nicht.

Wegen Fehlens der Genehmigung zur Abrechnung der anästhesiologischen Leistungen nach Kapiteln 5 und 31.5.3 EBM 2005 im strittigen Zeitraum kann dem Kläger auch nicht eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen aus den Strukturverträgen erteilt werden.

Aufgrund der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Bescheids war auch der Hilfsantrag abzuweisen.

Im Ergebnis war die Klage daher insgesamt abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2007-10-12