

S 12 KA 861/06

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 861/06

Datum

07.03.2007

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 26/07

Datum

23.04.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 22/08 R

Datum

28.10.2009

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Einem Facharzt für Chirurgie, der als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist und an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, kann eine Genehmigung zur Abrechnung chirurgischer Leistungen nach Kapitel 7 EBM 2005 und arztgruppenübergreifender spezieller Leistungen nach Kap. 31.2 EBM 2005 nicht erteilt werden. Maßgeblich ist der Zulassungsstatus. Die in den einzelnen Kapiteln des EBM 2005 aufgeführten Leistungen sind abschließend.

1. Die Klage wird abgewiesen.

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

3. Der Streitwert wird auf 5.000,00 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Genehmigung zur Abrechnung chirurgischer Leistungen nach Kapitel 7 EBM 2005 und ambulanter und belegärztlicher Operationen aus dem Kapitel 31.2 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff.

Der Kläger ist seit 01.07.1984 als Arzt und seit 06.03.1995 als Facharzt für Allgemeinmedizin mit Praxissitz in A-Stadt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Er ist zugleich Facharzt für Chirurgie, ohne hierfür vertragsarztrechtlich zugelassen zu sein. Unter Datum vom 11.07.1984 teilte ihm die Bezirksstelle LK. mit, dass er aufgrund eines Beschlusses des Geschäftsausschusses chirurgische Leistungen auf Überweisung bis zur Niederlassung eines Chirurgen in A-Stadt durchführen dürfe. Bezirksstelle LK.

Am 22.09.2005 beantragte er die Genehmigung zur Abrechnung von chirurgischen Leistungen. Er verwies auf das Schreiben der Bezirksstelle LK. vom 11.07.1984 und trug vor, die Bezirksstelle LK. habe ihm bestätigt, dass er weiterhin chirurgische Leistungen erbringen könne. Jetzt teile ihm die Abrechnungsstelle mit, seine chirurgischen Leistungen würden abgesetzt werden, da er hausärztlich tätig sei. In A-Stadt sei nach wie vor kein Chirurg niedergelassen. Chirurgen befänden sich erst in B-Stadt (13 km) und C-Stadt (28 km).

Mit Bescheid vom 19.07.2005 lehnte die Beklagte den Antrag auf Genehmigung zur Abrechnung chirurgischer Leistungen nach Kapitel 7 EBM 2005 und ambulanter und belegärztlicher Operationen aus dem Kapitel 31.2 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff. 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. Als Facharzt für Allgemeinmedizin sei er auf die in Kapitel 3 EBM 2005 genannten fachgruppenspezifischen Leistungen sowie die in der Präambel des Kapitels 3.1 EBM 2005 genannten Leistungen außerhalb des fachgruppenspezifischen Kapitels beschränkt, wenn er die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen erfülle. Aufgrund der Trennung in eine haus- und fachärztliche Versorgungsebene bestehe nur die Möglichkeit, in die fachärztliche Versorgungsebene zu wechseln. Eine Genehmigung aus Sicherheitsgründen könne nicht erteilt werden, da im Planungsbereich XY-Kreis die streitgegenständlichen Leistungen von mehreren zugelassenen Chirurgen erbracht werden würden.

Hiergegen legte der Kläger am 08.12.2005 Widerspruch ein. Zur Begründung trug er unter nochmaligem Hinweis auf das Schreiben der Beklagten vom 11.07.1984 vor, dieser Beschluss sei bisher nicht aufgehoben worden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 05.07.2006, zugestellt am 07.07., 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 7 sowie 31.2 EBM 2005 aufgeführten fachärztlichen Leistungen könnten von Fachärzten für Allgemeinmedizin nicht abgerechnet werden. An der hausärztlichen Versorgungsebene teilnehmende Ärzte könnten ohne entsprechende Zulassung keine fachärztlichen Leistungen erbringen. Nach einem Vorstandsbeschluss verbleibe es im Hinblick auf [§ 73 SGB V](#) bei der Trennung in den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich. Eine Abrechnungsgenehmigung müsse grundsätzlich abgelehnt werden. Hiervon könne nur aus Gründen der Sicherstellung abgewichen werden. Abzustellen sei auf einen Umkreis von 50 km. Zwar sei in A-Stadt selbst kein Chirurg zugelassen, jedoch würden im Umkreis von 50 km im XY-Kreis und im Landkreis XZ die streitgegenständlichen Leistungen von mehreren zugelassenen Chirurgen erbracht werden. Die Leistungen, die in Kap. 31.2 EBM 2005 überführt worden seien, habe er in den Quartalen III/04 bis I/05 nur ein- bis fünfmal abgerechnet. In den Quartalen II und III/05 habe er die Leistungen nach Nr. 31101, 31102, 31121, 31122, 31123, 31132, 31133 und 31242 EBM 2005 nur einmal bis dreimal im Quartal erbracht. In den Quartalen II und III/05 sei eine sachlich-rechnerische Berichtigung erfolgt, gegen die der Kläger Widerspruch erhoben habe. Aufgrund der Änderung der Bühnenordnung bedürfe es keiner zusätzlichen förmlichen Aufhebung der zuvor erteilten Genehmigung. Im Übrigen könne sie ihre Verwaltungspraxis für die Zukunft ändern. Dem stehe das Vertrauen eines Vertragsarztes nicht entgegen. Aus der früheren Abrechnungsberechtigung des Klägers erwachse kein Recht für die Zukunft. Die Angaben auf der Internetseite der KVH, auf der der Kläger als Arzt mit Genehmigung zum ambulanten Operieren eingetragen sei, sei ohne Bedeutung. Sie dienten der Information der Patienten. Aus fehlerhaften Angaben könnten keine Ansprüche abgeleitet werden.

Hiergegen hat der Kläger am 02.08.2006 die Klage erhoben. Ergänzend zu seinem Widerspruchsvorbringen trägt der Kläger zur Klagebegründung vor, der angefochtene Bescheid verletze ihn in seinem Grundrecht auf Berufsfreiheit nach [Art. 12 GG](#). Die Aufzählung der abrechenbaren Leistungen im EBM 2005 sei nicht abschließend. Dies könne aber dahinstehen, da der EBM 2005 nicht mit den gesetzlichen Vorgaben gem. [§ 87 SGB V](#) i. V. m. [§ 27](#) und [§§ 73](#) ff. SGB V vereinbar sei. Das Gesetz untersage nicht, Leistungen außerhalb des spezifischen Fachgebietes zu erbringen, ohne Beachtung der Frage, ob der Arzt in der Lage sei, diese Leistungen tatsächlich zu erbringen. Es fehle an einer Ermächtigungsgrundlage für den Widerruf der zuvor erteilten Genehmigung. Es sei nicht einzusehen, weshalb er die Leistungen, für die er qualifiziert sei und die er seit 20 Jahren erbringe, nicht mehr abrechnen dürfe. Es sei auch im Patienteninteresse geboten, dass er weiterhin fachchirurgische Leistungen erbringe. Er sei in einer ländlichen Gemeinde mit unzulänglichem Personennahverkehr tätig. Aus diesem Grund sei ihm seinerzeit die Genehmigung erteilt worden. Im Patienteninteresse liege auch eine wohnortnahe Versorgung. Er bekomme auch weiterhin Schreiben der Beklagten für ambulante Operateure, was deren ambivalente Haltung zeige. Er verfüge nicht nur über eine Doppelqualifikation, sondern eben auch über eine vergütungsrechtliche Genehmigung.

Der Kläger beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 09.11.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.07.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen nach Kapitel 7 und 31.2 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff. zu erteilen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt weiter vor, eine rückwirkende Genehmigung könne nicht erteilt werden. Bereits aus diesem Grund komme eine Genehmigung für das Quartal II/05 nicht in Betracht. Die Aufzählung der Leistungen im Kap. 3 EBM 2005 sei abschließend. In [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) liege die Ermächtigung, die Abrechenbarkeit von Leistungen an mengensteuernde Begleitmaßnahmen zu knüpfen. Eine solche liege im EBM 2005 selbst, der eine fachgruppenspezifische Abrechnungssystematik beinhalte. Damit sollten die Fachgruppen stärker voneinander abgegrenzt werden. Dies diene auch dem Schutz vor Mengenausweitung und der Erhaltung einer angemessenen Vergütung. Es müsse das Interesse der Gesamtheit der Vertragsärzteschaft gesehen werden und nicht des einzelnen Arztes. Die Regelungen seien vor diesem Hintergrund sachgerecht. Die Genehmigung vom 11.07.1984 sei überholt. Da sie eine solche Genehmigung nach dem EBM 2005 nicht mehr erteilen könne, sei sie berechtigt gewesen, die Genehmigung mit Änderung der rechtlichen Verhältnisse zu widerrufen nach [§ 48 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#). Die Genehmigung sei mit Einführung des EBM 2005 konkludent widerrufen gewesen. Eine Schriftform sei nicht erforderlich gewesen. In Info.doc, Ausgabe März 2005, Seite 12, sei auf die Änderung hingewiesen worden. Ein Vertrauen habe nicht mehr bestehen können. Spätestens mit dem angefochtenen Bescheid vom 09.11.2005 sei ein Widerruf erfolgt. Bei dem Ausschluss von chirurgischen Leistungen handele es sich um eine zulässige Berufsausübungsregelung. Die vom Kläger begehrten Leistungen seien für sein Fachgebiet der Allgemeinmedizin weder wesentlich noch prägend. Der Ausschluss sei nicht unverhältnismäßig. Der Kläger habe die Leistungen in nur sehr geringem Umfang erbracht. Die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgungsebene in die haus- und fachärztliche Versorgungsebene sei von dem EBM 2005 konsequent umgesetzt worden. Der EBM 2005 verstoße nicht gegen gesetzliche Vorschriften.

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 mündliche Verhandlung tun, weil sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der angefochtene Bescheid vom 09.11.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 05.07.2006 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erteilung einer Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Kapitel 7 und 31.2 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff.

Nach dem ab 01.04.2005 geltenden EBM 2005 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 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 7 EBM 2005 und Kapitel 31.2 EBM 2005 handelt es sich um arztgruppenspezifische Leistungen. Nach Kapitel 7 EBM 2005 können die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen ausschließlich von Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Kinderchirurgie, Fachärzten für Plastische Chirurgie und Fachärzten für Herzchirurgie berechnet werden (Präambel Kap. 7 Nr. 1 EBM 2005). Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen chirurgische 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 Kap. 7 Nr. 2 EBM 2005). Bei den Leistungen nach Kapitel 31.2 EBM 2005 (Ambulante und belegärztliche Operationen) handelt es sich zwar nicht um arztgruppenspezifische Leistungen, sondern um arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen, die grundsätzlich von jedem Facharzt erbracht und abgerechnet werden können, soweit die Grenzen des Fachgebiets, für das die Zulassung erteilt wurde, beachtet wird (vgl. Wezel/Liebold, Kommentar zu EBM und GOÄ, Anm. zu 1. 2 Allg. Bestimmungen, Teil 8 - S. 4). Die Leistungen nach Kapitel 31.2 EBM 2005 werden aber nicht für die im hausärztlichen Versorgungsbereich abrechenbaren Leistungen aufgeführt (vgl. Präambel Kapitel 3.1 Nr. 5). Andere Leistungen können von hausärztlich tätigen Fachärzten für Allgemeinmedizin aber nicht abgerechnet werden (vgl. Wezel/Liebold, aaO., Anm. zu 3.1 Präambel, Teil 9 - S. 3-3).

Aufgrund seines Zulassungsstatus als an der hausärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt für Allgemeinmedizin ist der Kläger auf die Erbringung der im Kapitel 3 EBM 2005 genannten Leistungen beschränkt. 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 Nr. 3.1 Nr. 2 EBM 2005). Die Aufzählungen in den einzelnen Kapiteln, die für jedes Fachgebiet differieren und umfassend sind, sind dabei abschließend. Im Übrigen kann der EBM weder von der Beklagten noch von den Gerichten analog angewandt werden.

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 Nr. 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen die arztgruppenspezifischen Leistungen nach allen Gebieten abrechnen. Nr. 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 nicht die Zulassung als Facharzt für Chirurgie. Von daher ist er nicht berechtigt, Leistungen nach Kapiteln 7 und 31.2 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 Sicherstellungsgründen 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 betreffen, 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 die hier strittigen arztgruppenspezifischen Leistungen nicht abrechnen können bzw. nur die Möglichkeit des Wechsels in die fachärztliche Versorgungsebene besteht. Bereits mit Beschluss vom 17.09.2004 hat der Bewertungsausschuss das Inkrafttreten des EBM 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.

Die im Schreiben vom 11.07.1984 erteilte Genehmigung, chirurgische Leistungen auf Überweisung durchführen zu dürfen, ist durch die Einführung des EBM 2005 erledigt. Inhalt der Genehmigung war lediglich, chirurgische Leistungen auch "auf Überweisung erbringen zu können". Einer Genehmigung zur Erbringung chirurgischer Leistungen bedurfte er seinerzeit nicht. Der Kläger war damals als Arzt ohne Fachgebietsbezeichnung zugelassen. Als Arzt ohne Fachgebietsbezeichnung war er berufsrechtlich ebenso wie ein Facharzt für Allgemeinmedizin nicht an die Grenzen eines bestimmten Fachgebietes gebunden. Die Freistellung von Fachgebietsgrenzen und die Berechtigung, grundsätzlich alle Gesundheitsstörungen der Patienten behandeln zu dürfen, gehören zum Wesen der allgemeinmedizinischen und allgemein-hausärztlichen Tätigkeit (vgl. BSG, Urte. v. 18.10.1995 - [6 RKa 52/94](#) -, [SozR 3-2500 § 95 Nr. 7 S. 24, 29](#) = [NJW 1996, 3103](#) = [MedR 1997, 136](#)). Von daher war der Kläger aufgrund seines Zulassungsstatus als Arzt grundsätzlich berechtigt, Leistungen aller Fachgebiete zu erbringen und abzurechnen, soweit hieran nicht besondere Voraussetzungen geknüpft werden. Nach damaligem und heutigem Recht ist in der Regel nur die Überweisung an einen Arzt einer anderen Arztgruppe zulässig (vgl. [§ 24 Abs. 3 Satz 2](#) und [Abs. 4 BMV-Ä/§ 27 Abs. 3 Satz 2](#) und [Abs. 4 EKV-Ä](#)). Die Genehmigung hatte daher offensichtlich den Sinn, Zuweisungen anderer Ärzte, insbesondere anderer Ärzte ohne Gebietsbezeichnung bzw. sog. praktischer Ärzte zu ermöglichen. Dies setzte aber voraus, worauf sich die Genehmigung nicht zu erstrecken hatte und dies von daher auch nicht konnte, dass grundsätzlich chirurgische Leistungen erbracht werden konnten. Mit dem EBM 2005 ist diese Möglichkeit, wie bereits ausgeführt, beschränkt worden. Von daher hat sich die damalige Genehmigung erledigt. Aber auch wenn man ihr einen darüber hinausgehenden Inhalt zubilligen wollte, hat die Beklagte die Genehmigung durch die anderslautende Entscheidung im angefochtenen Bescheid vom 09.11.2005 konkludent aufgehoben ([§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) und [2 Nr. 4 SGB X](#)).

Ein Verstoß gegen [Art. 12 GG](#) liegt nicht vor. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben besteht kein Anspruch eines Vertragsarztes, sowohl in der haus- als auch fachärztlichen Versorgung tätig zu sein, soweit er einen Zulassungsstatus lediglich als Arzt für Allgemeinmedizin hat. Soweit der Kläger fachärztlich tätig sein möchte, kann er grundsätzlich in die fachärztliche Versorgungsebene wechseln.

Im Ergebnis war die Klage daher abzuweisen.

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

Die Streitwertsetzung erfolgte auf den gesetzlichen Grundlagen.

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](#)).

Ein wirtschaftlicher Wert kann dem Klagebegehren nicht zugeordnet werden, weshalb von dem Regelstreitwert als Streitwert auszugehen war. Dies ergab den festgesetzten Wert.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-12-29