

S 12 KA 998/06

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 998/06
Datum
23.05.2007
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 44/07
Datum
20.01.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 3/09 R
Datum
17.03.2010
Kategorie
Urteil
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 Leistungen nach Nr. 03312, 13410, 13412, 13424, 13430, 13431, 13662 und 13663 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff.

Der Kläger ist als Facharzt für innere Medizin ohne Schwerpunkt mit Praxissitz in A-Stadt seit 02.01.1992 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er nimmt an der fachärztlichen Versorgung teil. Er führt eine Gemeinschaftspraxis mit Herrn Dr. med. GL., Facharzt für innere Medizin ohne Schwerpunkt, der ebf. an der fachärztlichen Versorgung teilnimmt. Er versorgt am D.Krankenhaus zusammen mit Herrn Dr. med. GL. 16 Belegarztbetten.

Am 27.06.2005 beantragte er zusammen mit seinem Gemeinschaftspraxispartner die Genehmigung zur Abrechnung der strittigen und weiterer Leistungen. Sie wiesen darauf hin, diese Leistungen erbrächten sie durch ihre proktologisch-gastroenterologische Schwerpunkttätigkeit seit Gründung der Gemeinschaftspraxis regelmäßig ambulant und stationär.

Mit Bescheiden, jeweils vom 02.03.2006 erteilte die Beklagte dem Kläger und seinem Gemeinschaftspraxispartner die Genehmigung zur Abrechnung radiologischer Leistungen für die Nr. 13430 und 13431 EBM 2005 mit Wirkung ab 24.06.2005.

Mit Bescheid vom 22.03.2006 lehnte die Beklagte den Antrag auf Genehmigung zur Abrechnung der strittigen Leistungen ab. Den Bescheid richtete sie an die "Gemeinschaftspraxis Dr. med. FC. GL., Dr. med. A., z. Hd. Herrn Dr. A.". Sie führte an, die Bestimmungen des EBM 2005 beinhalteten eine fachgruppenspezifische Abrechnungssystematik. Für fachärztlich tätige Internisten seien die Vorgaben der Präambel 13.1 EBM 2005 maßgebend. Die Berechnung der strittigen Leistungen sei danach ausgeschlossen. Dies gelte sowohl für die kurativ ambulanten als auch für die belegärztlichen Leistungen. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus den Bestimmungen des Honorarverteilungsvertrages. Hiervon könne nur aus Gründen der Sicherstellung abgewichen werden. Nach einem Vorstandsbeschluss seien Patienten Wege in einem Umkreis von 50 km zumutbar. In A-Stadt und der näheren Umgebung seien mehrere Internisten mit Schwerpunkt Gastroenterologie vorhanden, die zur Erbringung der strittigen Leistungen berechtigt seien. Die Nr. 13412 EBM 2005 sei eine neue Leistung, die von diesen Ärzten nur in sehr geringem Umfang abgerechnet werde, so dass davon auszugehen sei, dass noch freie Kapazitäten vorhanden seien. Für die Leistungen nach Nr. 13410, 13412, 13424, 13430 und 13431 EBM 2005 habe daher keine Abrechnungsgenehmigung erteilt werden können. Für die pneumologischen Leistungen bestehe ebf. keine Sicherstellungsproblematik. Für die Leistung nach Nr. 03312 EBM 2005 ergäben sich ebf. keine Probleme in Bezug auf die Sicherstellung, da ausreichend hausärztlich tätige Ärzte vorhanden seien, die diese Leistung erbringen und abrechnen dürften. Soweit eine Abrechnungsgenehmigung für Notfälle begehrt werde, so könnten fachfremde Leistungen zwar im Notfall erbracht werden, was aber nicht zu einer generellen Abrechnungsgenehmigung für diese Leistungen führe.

Hiergegen legte der Kläger zusammen mit seinem Gemeinschaftspraxispartner am 10.04.2006 Widerspruch ein. Zur Begründung trugen sie vor, sie akzeptierten, dass die Leistungen nicht mehr im ambulanten Sektor abgerechnet werden dürften. Im belegärztlichen stationären Bereich bestehe allerdings ein umfassender Versorgungsauftrag des Krankenhauses. Einzelne Leistungen könnten nicht ausgegliedert werden. Anderenfalls könne das Krankenhaus den Versorgungsauftrag nicht wahrnehmen. Der Kläger verwies ferner auf sein beigefügtes Zeugnis als Oberarzt und darauf, dass er seitdem die Leistungen kontinuierlich erbracht habe.

Mit Widerspruchsbescheid vom 09.10.2006, zugestellt am 10.10., wies die Beklagte den Widerspruch zurück. In der Begründung führte sie 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. Für Fachärzte für innere Medizin würden die Vorgaben in der Präambel des Kapitels 13.1 EBM 2005 gelten. Für ihn als fachärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunkt seien die Leistungen nach Nr. 13410, 13412, 13430 und 13431 EBM 2005 grundsätzlich nicht berechnungsfähig. Hiervon könne nur aus Sicherstellungsgründen abgewichen werden. Der radiologische Qualifikationsnachweise führe nicht zu einer Berechnungsfähigkeit der Leistungen nach Nr. 13430 und 13431 EBM 2005. Hinsichtlich der belegärztlichen Tätigkeit obliege es dem Krankenhausträger dafür zu sorgen, dass gastroenterologische Leistungen auch weiterhin am Krankenhaus erbracht werden könnten. Die Leistung nach Nr. 03312 EBM 2005 könne er ebef. nicht berechnen. Zudem stünde eine ausreichende Anzahl hausärztlich tätiger Ärzte in A-Stadt zur Verfügung, die diese Leistung erbringen dürften. Die Befugnisse im Rahmen eines Notfalles könnten nicht zu einer generellen Abrechnungsgenehmigung führen. Auf seine fundierten Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen komme es nicht an. Aus der früheren unbeanstandeten Abrechnung des Klägers erwachse kein Recht für die Zukunft.

Hiergegen hat der Kläger am 06.11.2006 die Klage erhoben. Er trägt ergänzend vor, der Belegarzt habe gleichsam eine Doppelfunktion. Er werde einerseits als Mitglied der Beklagten tätig, zum anderen wirke er an der Erfüllung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses mit. Der Gesetzgeber habe ausdrücklich die belegärztliche Tätigkeit als sehr wichtig beschrieben und förderungswürdig angesehen. Die Ziele des EBM würden durch eine Genehmigung der Abrechnung im belegärztlichen Bereich nicht unterlaufen. Die Beauftragung eines weiteren Belegarztes durch das Krankenhaus würde zu höheren Kosten führen.

Der Kläger beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 22.03.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.10.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Genehmigung zur Erbringung der Leistungen Nr. 03312, 13410, 13412, 13424, 13430, 13431, 13662 und 13663 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff. zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt ergänzend zu den Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid vor, eine weitere Aufteilung des Gebiets der inneren Medizin aufgrund der Schwerpunktbezeichnung sei rechtmäßig. Dies diene u. a. der Gewährleistung qualitativer Leistungserbringung wegen gesicherter fachlicher Eignung. Dies müsse für jede Form der vertragsärztlichen Tätigkeit gelten, also auch der belegärztlichen. Der Kläger ändere durch seine belegärztliche Tätigkeit nicht seinen Status. [§ 212 Abs. 2 SGB V](#) lege fest, dass es sich bei den Belegärzten um nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte handle. Insofern differenziere auch der EBM nicht. Eine Differenzierung erschiene auch nicht sachgerecht, da sich lediglich der Ort der Leistungserbringung ändere. Die belegärztliche Tätigkeit habe sich im Rahmen der für die ambulante vertragsärztliche Tätigkeit geltenden Regelungen zu bewegen. Die belegärztliche Tätigkeit werde gemäß [§ 121 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) als Teil der vertragsärztlichen Tätigkeit aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet. Strukturverschiebungen hätten Auswirkungen auf die Finanzierbarkeit. §40 BMV-Ä zeige, dass die belegärztliche Tätigkeit untrennbar mit der Schwerpunktbezeichnung einhergehe. Ein Belegarzt dürfe fachfremde Leistungen nicht abrechnen. Was fachfremd sei, sei über den Zulassungsstatus zu bestimmen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung 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 -](#)).

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 22.03.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.10.2006 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Genehmigung zur Erbringung der Leistungen nach Nr. 03312, 13410, 13412, 13424, 13430, 13431, 13662 und 13663 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff.

Der Kläger ist als Facharzt für innere Medizin ohne Schwerpunkt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und ist als solcher auf die in Kapitel 13.1 Nr. 4 EBM 2005 genannten Leistungen beschränkt, zu denen die hier streitgegenständlichen Leistungen nicht gehören.

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 Nr. 03312, 13410, 13412, 13424, 13430, 13431, 13662 und 13663 EBM 2005 handelt es sich um arztgruppenspezifische Leistungen. Bei den Leistungen nach Nr. 13410, 13412, 13424, 13430 und 13431 EBM 2005 handelt es sich um Leistungen nach Kapitel 13.3.3 EBM 2005 "Gastroenterologische Leistungen". Sie sind Teil des fachärztlichen Versorgungsbereichs nach

Abschnitt IIIb. Die in Kapitel 13.3.3 EBM 2005 aufgeführten Leistungen können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie berechnet werden. Nach 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM 2005 setzen abrechnungsfähige Leistungen, deren Berechnung an ein Gebiet, einen Schwerpunkt (Teilgebiet), eine Zusatzbezeichnung oder sonstige Kriterien gebunden ist, das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraus. Die Abrechnung von Leistungen, für die es vertragliche Vereinbarungen gemäß [§ 135 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V](#) gibt, setzen die für die Berechnung der Leistungen notwendige Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus. Bei den Leistungen nach Nr. 13662 und 13663 EBM 2005 handelt es sich um pneumologische Leistungen nach Kap. 13.3.7 EBM 2005, die unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten berechnet werden. Bei der Leistung nach Nr. 03312 EBM 2005 (Klinisch-neurologische Basisdiagnostik) handelt es sich um eine Leistung hausärztlichen Versorgungsebene nach Kap. 3.3 EBM 2005.

Entsprechend bestimmt Nr. 4 des Abschnitts 13.1 Präambel EBM 2005, dass Fachärzte für innere Medizin ohne Schwerpunkt neben Leistungen des Abschnitts 13.2.1 nur die Leistung nach der Nr. 13250 sowie zusätzlich die Leistungen nach den Nrn. 13400, 13402, 13421, 13422, 13423 oder 13552 berechnen können. Ferner bestimmt Nr. 6 der Präambel weitere abrechenbare Leistungen, zu denen aber die hier strittigen Leistungen einschließlich der Leistung nach Nr. 03312 EBM 2005 nicht gehören. Von daher geht die Beklagte zutreffend davon aus, dass der Kläger die strittigen Leistungen nicht abrechnen darf.

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, Urt. v. 09.12.2004 - [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](#)).

Eine Genehmigung kommt auch nicht nach der 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) in Betracht, da diese Vereinbarung eine Zulassung ohne Schwerpunkt zum 31.03.2003 voraussetzt.

Soweit die Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 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, Urt. v. 19.07.2006 - [S 12 KA 23/06](#) -, Berufung eingelegt, LSG Hessen - L 4 KA 54/06 -; Urt. v. 30.08.2006 - [12 KA 39/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#), rechtskräftig).

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 09.12.2004, Az: [B 6 KA 44/03 R](#), aaO., juris Rdnr. 74). Der Bewertungsausschuss des EBM hat eine weitgehende Gestaltungsfreiheit bei der Regelung der Vergütungsstatbestände. 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 08.09.2004, 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 inneren Medizin, für das er zugelassen ist, 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).

Die grundsätzliche Abgrenzung zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgungsebene ist 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](#) = [NZZ 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 Parallellentscheidung (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 Vertragsarztrechtliches 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 Vertragsarztrechtliches 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.).

Von daher ist auch die weitere Aufteilung des Gebiets der Inneren Medizin aufgrund der Schwerpunktbezeichnungen nicht zu beanstanden. Sie betrifft hierbei jeweils Leistungen eines besonderen Schwerpunktes und sichert mit der fachlichen Voraussetzung die qualitative Leistungserbringung (so bereits Urte. der Kammer v. 30.08.2006 - [S 12 KA 39/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)).

Die Bestimmungen des EBM 2005 sind aber auch von belegärztlich tätigen Ärzten zu beachten. Der Belegarzt ist als Vertragsarzt tätig. Die Genehmigung belegärztlicher Tätigkeit bedeutet lediglich, dass er ein für den ambulanten Bereich zugelassener Vertragsarzt auch im stationären Bereich tätig sein darf. Er unterliegt aber weiterhin der Regelungen des zweiten Abschnitts des Vierten Kapitels (§§ 72 bis 106) des SGB V und damit insbesondere auch des EBM 2005. Zutreffend weist die Beklagte darauf hin, dass es Sache des Krankenhausträgers ist, wie er den Anforderungen der Bedarfsplanung gerecht wird. Die Krankenhausbedarfsplanung führt nicht dazu, dass die vertragsärztlichen Bestimmungen nicht oder nur eingeschränkt gelten würden. Bei der belegärztlichen Tätigkeit handelt es sich vielmehr um eine Ausnahme vom Grundsatz der Trennung in einen ambulanten und stationären Versorgungsbereich. Vertragsarztrechtlich gelten alle für den ambulanten Bereich maßgeblichen Bestimmungen. Eine Abweichung hiervon bedürfte einer gesetzlichen Vorgabe bzw. entsprechender Regelungen der Bundesmantelvertragsparteien oder im EBM. Solche abweichenden Regelungen sind nicht ersichtlich. Vielmehr sieht Nr. 2.3 des Abschnitts 2 der allgemeinen Bestimmungen EBM 2005 für die Berechnung der Leistungen durch einen ermächtigten Arzt bzw. durch Krankenhäuser oder Institute eine Bindung an das Fachgebiet und den Ermächtigungsumfang vor. Damit wird lediglich klargestellt, dass ermächtigte Ärzte neben der Ermächtigung durch die Zulassungsgremien auch berechtigt sein müssen, diese Leistung aufgrund der allgemeinen bzw. übrigen Bestimmungen des Vertragsarztrechtliches zu erbringen. Insofern kann der Umfang der Tätigkeiten im stationären und ambulanten Bereich voneinander abweichen (vgl. LSG Hessen, Beschl. v. 18.12.2006 - [L 4 KA 70/06 ER](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)). Die Genehmigung der belegärztlichen Tätigkeit ändert für den Kläger nichts an der Geltung des EBM 2005 und die Beschränkung an die in dem für ihn maßgeblichen abschnitt genannten Leistungen.

Auf Vertrauensschutzgesichtspunkte aufgrund seiner früheren Tätigkeit kann sich der Kläger nicht berufen. Die Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich und die Verpflichtung des Bewertungsausschusses, die Leistungen der fachärztlichen Versorgung weiter zu gliedern ([§ 87 Abs. 2a Satz 5](#) und 6 SGB V, wird vom Gesetzgeber schon seit längerem vorgegeben (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 v. 22.12.1999, [BGBl. I 2626](#), S. 2634). Die Neuregelung des EBM 2005 war absehbar. Nach langen vorausgehenden Diskussionen der Organe der Gemeinsamen Selbstverwaltung und der Berufsverbände hat der Bewertungsausschuss in

seiner 90. Sitzung mit Beschluss vom 01.08.2004 eine Neufassung des EBM beschlossen, die schon die hier maßgeblichen Regelungen enthielt. 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, wie im Einzelnen die Regelungen für Internisten aussehen würden.

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.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2010-11-25