

## B 6 KA 3/09 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung

6  
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  
Leitsätze

Die Regelungen des Vertragsarztrechts gelten grundsätzlich auch für die belegärztliche Tätigkeit. Dies gilt auch für Regelungen des EBM-Ä über die Zuordnung von spezialisierten fachärztlichen Leistungen zu einzelnen Arztgruppen und den damit verbundenen Ausschluss der Abrechenbarkeit der Leistungen für andere Arztgruppen.

Die Revision des Klägers gegen den Beschluss des Hessischen Landessozialgerichts vom 20. Januar 2009 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe:

I

1

Im Streit steht die Berechtigung des Klägers, stationär erbrachte Leistungen der klinisch-neurologischen Basisdiagnostik nach der Nr 03312, gastroenterologische Leistungen nach den Nrn 13410, 13412, 13424, 13430 und 13431 sowie pneumologische Leistungen nach den Nrn 13662 und 13663 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen in der ab dem 1.4.2005 geltenden Fassung (EBM-Ä 2005) auch für die Quartale ab II/2005 abzurechnen.

2

Der Kläger nimmt seit 1992 als Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung mit Praxissitz in D. an der vertragsärztlichen - fachärztlichen - Versorgung teil. Zusammen mit Dr. G, mit dem er in Gemeinschaftspraxis (Berufsausübungsgemeinschaft) tätig ist, versorgt er am A-Hospital in D. 16 Belegbetten. Im Juni 2005 beantragte er bei der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV), die streitgegenständlichen Leistungen weiterhin im stationären Bereich abrechnen zu dürfen. Diese Leistungen seien in der Vergangenheit wegen des proktologisch-gastroenterologischen Schwerpunktes der Gemeinschaftspraxis regelmäßig ambulant und stationär erbracht worden.

3

Mit Bescheid vom 22.3.2006 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Die Abrechnung der umstrittenen Leistungen sei durch die für den Kläger maßgeblichen Vorgaben des EBM-Ä 2005 ausgeschlossen; dies gelte sowohl für kurativ ambulante als auch für belegärztliche Leistungen. Eine Abweichung von diesen Vorgaben sei auch nicht aus Sicherstellungsgründen erforderlich. Widerspruch (Widerspruchsbescheid vom 9.10.2006) und Klage (Urteil des SG vom 23.5.2007) sind erfolglos geblieben.

4

Das LSG hat auch die Berufung des Klägers zurückgewiesen.

5

Dieser habe keinen Anspruch, die streitgegenständlichen Leistungen abrechnen zu dürfen. Auch als Belegarzt sei der Kläger an den EBM-Ä

gebunden, denn auch für Belegärzte gälten die sich aus dem Vertragsarztrecht ergebenden Beschränkungen. Die Leistung nach Nr 03312 EBM-Ä 2005 gehöre zu den diagnostischen und therapeutischen Leistungen im Rahmen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung. Die Abrechenbarkeit der gastroenterologischen Leistungen nach den Nrn 13410, 13412, 13424, 13430, 13431 EBM-Ä 2005 scheitere daran, dass diese schwerpunktspezifischen Leistungen nach Abschnitt 13.3.3 Nr 1 und 2 EBM-Ä 2005 - unter Berücksichtigung der allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie berechnet werden könnten. Sie seien auch nicht in den Nrn 4 und 6 der Präambel 13.1 EBM-Ä 2005, die die abrechenbaren Leistungen für Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt im Einzelnen regelten, aufgeführt. Nach der Rechtsprechung des BSG seien die Vorgaben im EBM-Ä, dass bestimmte Leistungen nur von Fachärzten mit einer bestimmten Schwerpunktbezeichnung erbracht und abgerechnet werden dürften, kompetenziell und materiell rechtmäßig. Die gastroenterologischen Leistungen seien für das Fachgebiet des Klägers weder wesentlich noch prägend. Bei den Leistungen nach den Nrn 13662 und 13663 EBM-Ä 2005 handele es sich ebenfalls um schwerpunktspezifische Leistungen, die nur von Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie und von Lungenärzten berechnet werden könnten, und für die Entsprechendes wie für die gastroenterologische Leistungen gelte.

6

Der Kläger habe auch keinen Anspruch auf generelle Gestattung der Abrechnung der streitgegenständlichen Leistungen im Rahmen der Notfallversorgung. Die Voraussetzungen, unter denen fachfremde Leistungen in Notfällen erbracht werden könnten, ergäben sich abschließend aus dem EBM-Ä; sie seien vorliegend nicht erfüllt. Aus Abs 4 der "Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) zum 1. April 2005" (DÄ 2005, A 77) könne er schon deshalb keine Ansprüche herleiten, weil dessen inhaltliche Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Auch aus Abs 3 der "Ergänzenden Vereinbarung" ergebe sich keine eigenständige Rechtsgrundlage für eine Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums. Die KÄV sei auch nicht unter dem Gesichtspunkt des allgemeinen oder besonderen Sicherstellungsauftrags befugt, abweichend vom EBM-Ä die Erbringung und Abrechnung einzelner Leistungen zu gestatten, da der Gesetzgeber spezielle Regelungskompetenzen besonderen Gremien zugewiesen habe. Die Bindung der Erbringung spezialisierter fachärztlicher Leistungen an das Führen der Schwerpunktbezeichnungen Gastroenterologie und Pneumologie sei mit [Art 12 Abs 1](#) und [Art 3 GG](#) vereinbar (Beschluss vom 20.1.2009).

7

Mit seiner Revision rügt der Kläger die Verletzung von Bundesrecht. Er erbringe etwa jeweils die Hälfte seiner Leistungen ambulant bzw stationär als Belegarzt. Die vom LSG und von der Beklagten vertretene Rechtsauffassung verkehre die verfassungsrechtlich hervorgehobene Legitimation für die Aufteilung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich in ihr Gegenteil, da ein ihn betreffendes Leistungsverbot zu zusätzlichen Kosten führe. [§ 87 Abs 2a SGB V](#) legitimiere nicht kostentreibende Weiterverweisungen aus dem stationären Bereich.

8

Der EBM-Ä enthalte für den stationären Bereich keinerlei spezielle Abgrenzungsregelungen; dies wäre aber im Hinblick auf [Art 12 Abs 1 GG](#) erforderlich, da dieses Grundrecht nur durch Gesetz eingeschränkt werden könne. Unabhängig davon sei es dem Bewertungsausschuss nicht gestattet, im Rahmen des EBM-Ä die stationäre Leistungserbringung zu korrigieren; dies insbesondere deshalb, weil das Krankenhaus einen ganz anderen und umfassenderen Versorgungsauftrag als der niedergelassene Arzt habe und erfüllen müsse. Es fehle an einer Rechtsgrundlage dafür, dass der EBM-Ä strukturellen Einfluss auf die Leistungserbringung im Krankenhaus nehmen dürfe; vielmehr sei das Krankenhaus nach den Krankenhausgesetzen verpflichtet, alle erforderlichen Leistungen aktuell und stationär zu erbringen.

9

Die vom LSG angezogene Senatsentscheidung im Verfahren [B 6 KA 40/07 R](#) habe ambulante, nicht stationäre Leistungen betroffen. Er - der Kläger - müsse jedoch stationäre Leistungen erbringen, da im A-Hospital ein anderer Facharzt für diese Leistungen nicht vorhanden sei. Der Gesetzgeber habe über Jahre hinweg betont, dass das Belegarztwesen zu fördern sei. Dem widerspreche es, einen belegärztlich tätigen Facharzt an der Erfüllung des stationären Versorgungsauftrags zu hindern.

10

Der Kläger beantragt, den Beschluss des Hessischen Landessozialgerichts vom 20.1.2009, das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 23.5.2007 sowie den Bescheid der Beklagten vom 22.3.2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 9.10.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger die Abrechnung der Leistungen nach den Nrn 03312, 13410, 13412, 13424, 13430, 13431, 13662 und 13663 EBM-Ä 2005 für die Quartale ab II/2005 zu gestatten.

11

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

12

Der Gesetzgeber habe dem Bewertungsausschuss die Kompetenz verliehen, den Inhalt der durch die Vertragsärzte abrechenbaren Leistungen zu bestimmen; dieser schreibe somit auch die Bedingungen fest, welche Leistungen durch wen berechnungsfähig seien. Adressat der Bestimmungen des EBM-Ä sei der Arzt als Abrechner. Dabei sei keine Differenzierung danach erfolgt, ob die Leistungen im ambulanten oder stationären Bereich erbracht würden. Unmittelbar nehme der EBM-Ä nur auf das Leistungsverhalten des Arztes - nicht hingegen des Krankenhauses - Einfluss. Für eine Privilegierung der belegärztlichen Tätigkeit gebe es keinen Grund. Auch wenn das Krankenhaus alle erforderlichen Leistungen aktuell und stationär zu erbringen habe, müsse dies nicht zwingend durch ein und denselben Arzt erfolgen.

13

Das BSG habe bereits entschieden, dass das Leistungsangebot belegärztlich geführter Krankenhausabteilungen durch die Leistungsbeschreibungen des EBM-Ä limitiert werde. Die begrenzende Wirkung des EBM-Ä auch für die belegärztliche Tätigkeit ergebe sich daraus, dass auch diese zur vertragsärztlichen Versorgung gehöre; sie setze die ambulante Tätigkeit lediglich fort. Daher werde auch für die belegärztliche Tätigkeit der Leistungsrahmen durch diejenigen Regelungen vorgegeben, die für die ambulante vertragsärztliche Versorgung gälten. Dementsprechend müsse ein Belegarzt die entsprechende Schwerpunktbezeichnung führen, wenn er im Rahmen seiner belegärztlichen Tätigkeit spezialisierte fachärztliche Leistungen erbringen wolle. Das diene im ambulanten wie im stationären Bereich der Sicherung der Behandlungsqualität. Die Qualifikation wiederum drücke sich im Zulassungsstatus aus. Damit werde die Abrechnungsbefugnis über den Zulassungsstatus gesteuert. Dass der Kläger die umstrittenen Leistungen früher erbracht und sich dadurch eine fachliche Befähigung angeeignet habe, führe somit gerade nicht dazu, dass er die Leistungen weiterhin erbringen dürfe. Das Erfordernis, die belegärztliche Leistungserbringung den für die ambulante Tätigkeit geltenden Maßgaben zu unterwerfen, ergebe sich auch vor dem Hintergrund der möglichen Auswirkungen auf die Honorarverteilung. Würde man Belegärzten eine Abrechnungsmöglichkeit zugestehen, die über diejenige hinausgehe, die für die ambulante Tätigkeit eröffnet sei, könnte dies zu Strukturverschiebungen führen und Auswirkungen auf die Finanzierbarkeit des ambulanten Leistungsbereichs haben.

II

14

Die Revision des Klägers ist nicht begründet. Die Vorinstanzen haben die Bescheide der Beklagten, mit denen diese dem Kläger die beantragte Abrechnungsgenehmigung versagt hat, zu Recht nicht beanstandet.

15

Nach den für die (ambulante) vertragsärztliche Versorgung geltenden rechtlichen Vorgaben, die nach ständiger Rechtsprechung des Senats grundsätzlich auch für die belegärztliche Tätigkeit gelten (1.), und die in Bezug auf die in Rede stehenden qualifikationsbezogenen Abrechnungsbeschränkungen auch keiner Modifizierung für den belegärztlichen Bereich bedürfen (2.), steht dem Kläger unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt die Befugnis zu, die streitgegenständlichen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen (belegärztlichen) Versorgung abzurechnen (3.).

16

1. Die für die vertragsärztliche Versorgung maßgeblichen Beschränkungen der Abrechenbarkeit vertragsärztlicher Leistungen gelten auch für die Abrechnung belegärztlicher Leistungen.

17

a) Belegärzte sind nach [§ 121 Abs 2 SGB V](#) niedergelassene Vertragsärzte, die nicht am Krankenhaus angestellt sind und die berechtigt sind, ihre Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Belegärztliche Leistungen werden vielmehr gemäß [§ 121 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet, weil die belegärztliche Tätigkeit als Teil der vertragsärztlichen Versorgung angesehen wird ([BSGE 79, 239, 247 = SozR 3-2500 § 87 Nr 14 S 55](#)). § 2 Abs 2 Nr 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw § 2 Abs 2 Nr 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä) bestimmen ausdrücklich, dass auch die belegärztlichen Leistungen im Sinne des [§ 121 SGB V](#) zur ärztlichen Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gehören. Dabei muss das Schwergewicht bei der ambulanten Tätigkeit verbleiben (BSG [SozR 3-2500 § 121 Nr 3 S 10](#)), denn die stationäre Tätigkeit des Vertragsarztes darf gemäß § 39 Abs 2 Satz 1 BMV-Ä, § 31 Abs 2 Satz 1 EKV-Ä nicht das Schwergewicht seiner Gesamttätigkeit bilden (BSG [SozR 3-2500 § 121 Nr 4 S 22](#)). Vielmehr muss er in erforderlichem Maß der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen (BSG [SozR 3-2500 § 121 Nr 4 S 22](#) unter Hinweis auf [BSGE 26, 164, 165 ff = SozR Nr 10 zu § 368f RVO](#) und [BSGE 79, 239, 248 = SozR 3-2500 § 87 Nr 14 S 56](#)).

18

b) Daraus folgt nach ständiger Rechtsprechung des Senats, dass alle sich aus dem Vertragsarztrecht ergebenden Rechte und Pflichten bzw Beschränkungen auch für die belegärztliche Tätigkeit gelten ([BSGE 79, 239, 248 = SozR 3-2500 § 87 Nr 14 S 56](#); BSG [SozR 3-2500 § 121 Nr 3 S 10](#); BSG [SozR 3-2500 § 121 Nr 4 S 22 mwN](#); BSG, Beschluss vom 3.2.2000 - [B 6 KA 53/99 B](#) - juris RdNr 6; in diesem Sinne bereits [BSGE 30, 83, 86 = SozR Nr 33 zu § 368a RVO](#)). Der belegärztlichen Tätigkeit kommt regelmäßig kein eigenständiges Gewicht zu, weil sie nur eine Fortsetzung der eigentlichen ambulanten ärztlichen Tätigkeit darstellt ([BSGE 79, 239, 248 = SozR 3-2500 § 87 Nr 14 S 56](#); BSG [SozR 3-2500 § 121 Nr 4 S 21](#); BSG [SozR 3-2500 § 121 Nr 3 S 10](#); BSG, Beschluss vom 3.2.2000 - [B 6 KA 53/99 B](#) - juris RdNr 6). Der Belegarzt nutzt lediglich die Einrichtungen des Krankenhauses, bleibt aber Vertragsarzt und als solcher den für die vertragsärztliche Tätigkeit geltenden Regelungen unterworfen.

19

c) Dementsprechend finden auch Qualifikationsvorgaben auf der Grundlage des [§ 135 Abs 2 SGB V](#) sowie die hier in Rede stehenden Regelungen über die Zuordnung von spezialisierten fachärztlichen Leistungen zu einzelnen Arztgruppen in den Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä auf die belegärztliche Tätigkeit Anwendung.

20

Der Senat hat bereits mit Urteil vom 13.11.1996 ([BSGE 79, 239, 247 f = SozR 3-2500 § 87 Nr 14 S 55 f](#)) entschieden, dass der EBM-Ä und

dessen begrenzende Wirkung auch die im Rahmen einer belegärztlichen Krankenhausbehandlung anfallenden ärztlichen Leistungen erfassten. Dies hat nicht allein zur Folge, dass Vertragsärzte im Rahmen ihrer belegärztlichen Tätigkeit nur die im EBM-Ä aufgeführten Leistungen abrechnen können ([BSGE 79, 239](#), 247 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 14](#) S 55 - zur extrakorporalen Stoßwellenlithotripsie). Vielmehr umfasst die Geltung des EBM-Ä auch dort geregelte Begrenzungen bzw Einschränkungen der Abrechenbarkeit von dort aufgeführten Leistungen. Da die belegärztliche Tätigkeit nur die Fortsetzung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit darstellt, wird (grundsätzlich) der Leistungsrahmen für den einzelnen Vertragsarzt durch diejenigen Regelungen geprägt, die für die ambulante vertragsärztliche Versorgung erlassen worden sind, sodass sich auch die belegärztliche Tätigkeit in diesem Rahmen zu bewegen hat ([BSGE aaO S 248 = SozR aaO S 56](#)). Für die Anwendbarkeit des EBM-Ä ist es daher ohne Bedeutung, ob es - wie in dem bereits entschiedenen Verfahren - um Leistungen geht, die im System der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von keinem Vertragsarzt erbracht und abgerechnet werden können, weil sie (noch) nicht in den EBM-Ä aufgenommen worden sind, oder ob diese Leistungen nur von bestimmten Vertragsärzten abgerechnet werden können, von anderen aufgrund entsprechender Ausschlüsse im EBM-Ä jedoch nicht.

21

Dies ergibt sich im Übrigen bereits aus der vorliegenden Rechtsprechung des Senats. So hat er mit Urteil vom 12.12.2001 (BSG [SozR 3-2500 § 121 Nr 4](#) S 22) ausgeführt, dass die Honorierung der belegärztlichen Tätigkeit im Grundsatz unter Anwendung der Regelungen des EBM-Ä erfolgt. Zuletzt hat er mit Urteil vom 28.1.2009 ([B 6 KA 30/07 R - SozR 4-2500 § 121 Nr 2](#) RdNr 18) bestätigt, dass belegärztliche Leistungen "nach den Regelungen des vertragsärztlichen Vergütungsregimes" zu honorieren sind. Dies bedeutet nichts anderes, als dass auch diejenigen Vorschriften des EBM-Ä, die eine Berechnung vertragsärztlicher Leistungen reglementieren, Geltung für die belegärztliche Tätigkeit beanspruchen.

22

d) Aus [§ 121 Abs 4 SGB V](#) ergibt sich, dass der Bewertungsausschuss Regelungen über die ärztlichen Leistungen erlassen darf, die im Rahmen einer belegärztlichen Tätigkeit abrechnungsfähig sind. Damit wird dem Bewertungsausschuss aufgegeben, "in einem Beschluss nach [§ 87 SGB V](#)" im EBM-Ä Regelungen zur angemessenen Bewertung der belegärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der Vorgaben nach [§ 121 Abs 3 Satz 2](#) und 3 SGB V zu treffen. Nach der Gesetzesbegründung (Ausschussbericht zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, [BT-Drucks 16/4247 S 46](#) zu Nr 88a ([§ 121 SGB V](#))) soll die Regelung gewährleisten, dass "der für ärztliche Leistungen zuständige" Bewertungsausschuss die bestehenden Probleme bei der belegärztlichen Vergütung mit einer Regelung im EBM-Ä kurzfristig löst. Durch die Neuregelung wird mithin nicht erstmals eine Kompetenz des Bewertungsausschusses zur Regelung der Vergütung belegärztlicher Leistungen geschaffen, sondern vielmehr deren Gegebenheit vorausgesetzt.

23

e) Aus der Geltung der Regelungen des EBM-Ä auch für die belegärztliche Tätigkeit folgt zugleich, dass die Auffassung des Klägers, es fehle hinsichtlich der qualifikationsbezogenen Abrechnungsbeschränkungen an einer die Einschränkung seiner Berufsfreiheit ([Art 12 Abs 1 GG](#)) als Belegarzt rechtfertigenden gesetzlichen Regelung, nicht zutrifft. Die gesetzliche Grundlage für Qualifikationsvorgaben im EBM-Ä ergibt sich vielmehr aus [§ 82 Abs 1 SGB V](#) ([BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr 16](#), jeweils RdNr 18 ff, 21; ebenso BSG, Urteil vom 28.10.2009 - [B 6 KA 26/08 R](#) - RdNr 12, zur Veröffentlichung in [SozR 4-2500 § 87 Nr 19](#) vorgesehen). Dies gilt nach den vorstehenden Ausführungen auch für belegärztliche Leistungen.

24

2. Spezielle Regelungen über die Abrechenbarkeit vertragsärztlicher Leistungen für den belegärztlichen Bereich bestehen nicht und sind auch nicht von Rechts wegen geboten. Der Bewertungsausschuss ist insbesondere nicht verpflichtet, die Qualifikationsanforderungen für Leistungen, die im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit erbracht werden, abweichend von den für ihre ambulante Erbringung geltenden Bestimmungen zu regeln.

25

a) Zwar bestimmt [§ 121 Abs 3 Satz 2 SGB V](#), dass die Vergütung belegärztlicher Leistungen die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit zu berücksichtigen hat; diese Vorschrift soll sicherstellen, dass die Vergütungsregelungen für Belegärzte nicht zu Hemmnissen für eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur im Belegarztwesen werden ([BSGE 76, 6, 8 = SozR 3-2500 § 121 Nr 1](#) S 3 mwN). Vorliegend bedarf es jedoch keiner Sonderregelung, weil die belegärztliche Tätigkeit in Bezug auf Qualifikationsanforderungen keine Besonderheiten aufweist, die eine solche erfordern würden. Bezüglich der Honorarverteilung hat der Senat bereits entschieden, dass die belegärztliche Tätigkeit im Rahmen der Verteilung der Gesamtvergütung mangels vorhandener Sonderregelungen keinen besonderen Schutz für sich in Anspruch nehmen kann und daher die Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes bzw -vertrages uneingeschränkt zur Anwendung kommen (BSG [SozR 3-2500 § 121 Nr 4](#) S 22). Für die Beschränkung der Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen auf Vertragsärzte mit entsprechenden Schwerpunktbezeichnungen gilt nichts anderes. Gesonderter Regelungen bedarf es nur, wenn dies zur Berücksichtigung der Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit erforderlich ist. Es ist aber nicht erkennbar, welche Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit einen Verzicht auf die - der Qualitätssicherung im Interesse des Gesundheitsschutzes dienende ([BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr 16](#), jeweils RdNr 37) - Normierung von Qualifikationsanforderungen in diesem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung rechtfertigen könnten.

26

b) Auch der Umstand, dass das Krankenhaus, an dem der Kläger belegärztlich tätig ist, einen Versorgungsauftrag zu erfüllen hat, erfordert keine Abweichung von zwingenden Bestimmungen des EBM-Ä. Der Krankenhausträger, der einen Belegarzt an sich bindet, findet die Leistungs- und Abrechnungsbedingungen dieses Arztes vor und muss die Abläufe einer Belegabteilung danach ausrichten. Die Entscheidung für die Führung einer Krankenhausabteilung durch Belegärzte zwingt den Krankenhausträger, sich im Rahmen der vorgegebenen Grundsätze der belegärztlichen Tätigkeit zu halten ([BSGE 88, 6, 17 = SozR 3-2500 § 103 Nr 6](#) S 49). Wenn er spezialisierte fachärztliche

Leistungen der Inneren Medizin belegärztlich erbringen lässt, muss er sicherstellen, dass der Belegarzt diese erbringen und gegenüber der KÄV berechnen darf.

27

Zudem führen die umstrittenen Regelungen des EBM-Ä auch nicht zu unüberwindbaren Schwierigkeiten bei der Versorgung belegärztlicher Patienten. Denn das Krankenhaus könnte die Leistungen, die nicht durch bereits dort tätige Belegärzte abgedeckt werden, entweder durch angestellte Ärzte erbringen lassen, oder einen weiteren Belegarztvertrag mit einem Vertragsarzt schließen, der über die erforderliche Schwerpunktbezeichnung verfügt.

28

3. Dem somit auch im Rahmen seiner belegärztlichen Tätigkeit den für Vertragsärzte geltenden Regelungen unterworfenen Kläger steht danach unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt die Befugnis zu, die streitgegenständlichen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen (belegärztlichen) Versorgung abzurechnen.

29

a) Das LSG hat zutreffend festgestellt, dass die strittigen Leistungen nach den Regelungen des EBM-Ä 2005 von dem als Internist ohne Schwerpunktbezeichnung zugelassenen und im fachärztlichen Versorgungsbereich tätigen Kläger nicht berechnet werden dürfen. Dies wird vom Kläger für vertragsärztliche Tätigkeiten außerhalb des belegärztlichen Bereiches zu Recht nicht in Frage gestellt.

30

b) Die Normierung von Qualifikationsanforderungen für bestimmte spezialisierte Leistungen im EBM-Ä und der daraus resultierende Ausschluss der Abrechenbarkeit bei deren Nichtvorliegen sind rechtlich nicht zu beanstanden. Auch der Kläger wendet sich letztlich nicht gegen die Zulässigkeit derartiger Regelungen, sondern bestreitet lediglich deren Anwendbarkeit auf belegärztliche Leistungen. Dass die im EBM-Ä normierte Zuordnung der Erbringbarkeit spezialisierter Leistungen allein zu solchen Internisten, die eine bestimmte Schwerpunktbezeichnung führen, rechtmäßig ist, hat der Senat im Übrigen bereits mit Urteil vom 9.4.2008 bestätigt ([BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr 16](#), jeweils RdNr 23 ff; zur Rechtmäßigkeit von Qualifikationsvorgaben im EBM-Ä siehe auch BSG, Urteil vom 28.10.2009 - [B 6 KA 26/08 R](#), zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 87 Nr 19 vorgesehen). Er hat dargelegt, dass hierfür eine ausreichende gesetzliche Grundlage besteht, dass das Qualifikationserfordernis und der dadurch bewirkte Ausschluss der Internisten ohne eine solche Zusatzbezeichnung auch im Übrigen kompetenziell und materiell rechtmäßig ist und dass das Ergebnis auch mit [Art 12 Abs 1 GG](#) und [Art 3 Abs 1 GG](#) vereinbar ist ([BSGE 100, 154 = SozR 4-2500 § 87 Nr 16](#), jeweils RdNr 36 ff; ebenso BSG, Urteil vom 28.10.2009 aaO RdNr 12). Materiell wie auch unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes unbedenklich sind insbesondere solche Regelungen, die den Arzt nicht von einem Leistungsbereich ausschließen, der zum Kern seines Fachgebiets gehört bzw für dieses wesentlich und prägend ist (vgl BSGE aaO = SozR aaO, jeweils RdNr 28 f mWn; ebenso BSG, Urteil vom 28.10.2009 aaO RdNr 13, 21).

31

Dies ist in Bezug auf die streitgegenständlichen Leistungen nicht der Fall. Für pneumologische Leistungen hat der Senat dies bereits in seiner Entscheidung vom 9.4.2008 ausgeführt (BSGE aaO = SozR aaO, jeweils RdNr 29 ff). Für gastroenterologische Leistungen gilt nichts anderes; auch sie gehören nicht zum Kernbereich des internistischen Fachgebiets in dem Sinne, dass eine internistische Tätigkeit ohne das Angebot spezieller gastroenterologischer Leistungen nicht sinnvoll ausgeübt werden kann (noch offen gelassen von BSG, Beschluss vom 22.6.2005 - [B 6 KA 20/05 B](#) - juris RdNr 12). Zudem hat das LSG zu Recht darauf hingewiesen, dass der Kläger auch nicht vollständig von der Erbringung gastroenterologischer Leistungen ausgeschlossen ist, sondern Leistungen nach Nrn 13400, 13402 und 13421 bis 13423 EBM-Ä nach Genehmigung durch die KÄV erbringen kann (vgl Nr 4 der Präambel 13.1, Abschnitt 13.3.3 Nr 2 EBM-Ä). Diese Grundsätze gelten auch für die belegärztliche Tätigkeit.

32

c) Das LSG hat auch zutreffend verneint, dass der Kläger unter dem Gesichtspunkt einer Versorgung im "Notfall" Anspruch auf die Gestattung der Abrechenbarkeit der strittigen Leistungen haben könnte. Dass die Erbringung belegärztlicher Leistungen regelhaft den Begriff des Notfalls im Sinne des EBM-Ä erfüllt, ist nicht erkennbar. Dabei kann es dahingestellt bleiben, ob der Begriff "Notfall" im Sinne des EBM-Ä dem des [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) vergleichbar ist (bzw ihm entspricht), also (insbesondere) dann vorliegt, wenn ohne sofortige Behandlung Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden (vgl [BSGE 34, 172](#), 174 = SozR Nr 6 zu § 368d RVO). Denn die Erbringung belegärztlicher Leistungen stellt schon deshalb keine mit einem "Notfall" vergleichbare Situation dar, weil ihr ein geplantes Vorgehen zugrunde liegt. Insoweit ist kein gravierender Unterschied zur termingebundenen Einbestellung zu ambulanten Untersuchungen oder zur Vornahme ambulanter Operationen erkennbar.

33

d) Ebenfalls zu Recht hat das LSG entschieden, dass der Kläger schon deshalb keine Rechte aus der "Ergänzenden Vereinbarung" geltend machen kann, weil die dort näher bezeichneten Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Dies bedarf keiner vertieften Ausführungen, zumal auch der Kläger deren Erwähnung nur als Beispiel dafür verstanden wissen will, dass die Vertragspartner den KÄVen Spielräume in Randbereichen hätten belassen wollen. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass der Senat bereits mit Urteil vom 28.10.2009 im Verfahren [B 6 KA 22/08 R](#) (zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 73 Nr 4 vorgesehen) grundsätzlich in Zweifel gezogen hat, ob die Vertragspartner der Bundesmantelverträge, als deren Anlage die Vereinbarung getroffen wurde (vgl Präambel, DÄ 2005 S A 77 f), überhaupt die Kompetenz besitzen, den KÄVen die Berechtigung einzuräumen, aus Sicherstellungsgründen allen Vertragsärzten eine - von den Vorgaben des EBM-Ä abweichende - Erweiterung des Spektrums der abrechnungsfähigen Leistungen bzw die Abrechnung einzelner ärztlicher Leistungen zu genehmigen (aaO RdNr 16). Zugleich hat der Senat unter Hinweis auf die gesetzliche Kompetenzzuweisung an den Bewertungsausschuss

dargelegt, dass die KÄVen auch unter dem Gesichtspunkt des ihnen übertragenen Sicherstellungsauftrags ([§ 72 Abs 1 Satz 1](#), [§ 75 Abs 1 SGB V](#)) nicht die Berechtigung besitzen, eine vom EBM-Ä abweichende Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums zu gestatten (aaO RdNr 17).

34

e) Der Senat kann offen lassen, welche Folgerungen sich daraus ergeben, dass der Kläger nach eigenen Angaben zur Hälfte belegärztlich tätig ist. Er weist allerdings darauf hin, dass es der Beklagten angesichts der bundesmantelvertraglichen Vorgabe, dass die stationäre Tätigkeit des Vertragsarztes nicht das Schwergewicht seiner Gesamttätigkeit bilden darf, in besonderem Maße obliegt, auf den Umfang der Tätigkeit von Belegärzten Bedacht zu nehmen und ggf steuernd einzugreifen (BSG [SozR 3-2500 § 121 Nr 4](#) S 22). Zielsetzung der § 39 Abs 2 BMV-Ä, § 31 Abs 2 EKV-Ä ist es, einer Verlagerung der ärztlichen Tätigkeit aus dem ambulanten in den stationären Bereich entgegenzuwirken (BSG aaO S 23).

35

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbs 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#). Danach hat der Kläger die Kosten des erfolglos eingelegten Rechtsmittels zu tragen ([§ 154 Abs 2 VwGO](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2010-08-09