L 4 KA 44/07

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
4
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
Beschluss
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 23. Mai 2007 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Der Streitwert wird auf 5000,00 EUR festgesetzt.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Berechtigung des Klägers, Leistungen nach Nrn. 03312 (klinisch-neurologische Basisdiagnostik), 13410, 13412, 13424, 13430, 13431 (gastroenterologische Leistungen), 13662 und 13663 EBM 2005 (pneumologische Leistungen) für die Quartale ab II/05 abzurechnen.

Der Kläger ist seit dem 2. Januar 1992 als Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt mit Praxissitz in A-Stadt zur vertragsärztlichen (fachärztlichen) Versorgung zugelassen und führt zusammen mit Herrn Dr. GQ., der ebenfalls als Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt an der vertragsärztlichen (fachärztlichen) Versorgung teilnimmt, eine Gemeinschaftspraxis. Er versorgt am X-Hospital in A-Stadt zusammen mit Herrn Dr. GQ. 16 Belegarztbetten. Der Kläger beantragte am 27. Juni 2005 zusammen mit seinem Gemeinschaftspraxispartner, weiterhin im stationären Bereich Leistungen nach Nrn. 13410, 13412, 13430, 13431 und 03312 EBM 2005 sowie notfallmäßig die Leistungen nach Nrn. 13662,13663 und 13424 EBM 2005 abrechnen zu dürfen. Dies begründeten sie damit, dass sie diese Leistungen durch ihre proktologisch-gastroenterologische Schwerpunkttätigkeit seit Gründung der Gemeinschaftspraxis regelmäßig ambulant und stationär erbringen würden.

Die Beklagte erteilte dem Kläger aufgrund dessen fachlicher Qualifikation und apparativer Ausstattung durch ihre Landesstelle Qualitätssicherung Radiologie mit Bescheid vom 2. März 2006 eine widerrufliche Genehmigung zur Abrechnung radiologischer Leistungen nach Nrn. 13430 und 13431 EBM 2005 mit Wirkung ab 24. Juni 2005. Mit Bescheid vom 22. März 2006 lehnte die Beklagte jedoch den Antrag auf Genehmigung zur Abrechnung sämtlicher streitgegenständlicher Leistungen ab. Zur Begründung führte sie aus, dass die beantragten Leistungen nach den für den Kläger und seinen Gemeinschaftspraxispartner als fachärztliche Internisten maßgeblichen Vorgaben der Präambel 13.1 EBM 2005 ausgeschlossen seien. Dies gelte sowohl für die kurativ ambulanten als auch die belegärztlichen Leistungen. Von dieser Vorgabe könne nur aus Gründen der Sicherstellung abgewichen werden. Die Ermittlungen hätten ergeben, dass weder eine Sicherstellungsproblematik im Hinblick auf die streitgegenständlichen gastroenterologischen Leistungen noch die pneumologischen Leistungen noch die Leistungen nach der Nr. 03312 EBM 2005 festzustellen sei. Soweit eine Abrechnungsgenehmigung der streitgegenständlichen Leistungen im Notfall begehrt werde, sei darauf hinzuweisen, dass es gestattet sei, im Rahmen der Erstversorgung fachfremde Leistungen abzurechnen. Dies könne jedoch nicht zu einer generellen Abrechnungsgenehmigung für diese Leistungen führen.

Hiergegen legten der Kläger und sein Gemeinschaftspraxispartner am 10. April 2006 Widerspruch ein. Zur Begründung führten sie aus, sie akzeptierten, dass die begehrten Leistungen im ambulanten Sektor nicht mehr abgerechnet werden könnten. Im belegärztlichen stationären Bereich bestehe allerdings ein umfassender Versorgungsauftrag des X-Hospitals in A-Stadt u. a. für das Fachgebiet der Inneren Medizin mit dem Land Hessen. Somit könnten einzelne internistische Leistungen, die zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses gehörten, nicht ausgegliedert werden, andernfalls könne das Krankenhaus den vertraglich vereinbarten Versorgungsauftrag nicht wahrnehmen.

Diesbezügliche fundierte Kenntnisse, Fertigkeiten und Erfahrungen seien belegt. Ein Nachweis während der letzten angestellten Tätigkeit des Klägers als leitender Oberarzt eines Krankenhauses der Maximalversorgung vom 23. August 1991 werde beigefügt. Seit Januar 1992 sei er als Vertrags- und Belegarzt selbstständig am X Hospital in A-Stadt tätig. Seit dieser Zeit würden die genannten Untersuchungen bis zum heutigen Zeitpunkt kontinuierlich, wenn auch in unterschiedlicher Frequenz durchgeführt.

Mit an den Kläger adressiertem Widerspruchsbescheid vom 9. Oktober 2006 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Aufgrund der Bestimmungen in Nr. 4 der Präambel des Kapitels 13.1 und den Vorgaben in Absatz 13.3.3 EBM 2005 seien die beantragten schwerpunktspezifischen gastroenterologischen Leistungen nach Nrn. 13410 und 13412, 13430 und 13431 EBM 2005 nicht berechnungsfähig. Der Vorstand der Beklagten habe beschlossen, dass entsprechende Anträge auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung auch bei Vorliegen einer nachgewiesenen Qualifikation bzw. einer in der Vergangenheit erteilten Abrechnungsgenehmigung nach dem EBM 1996 grundsätzlich abzulehnen seien. Von dieser Vorgabe könne nur aus Gründen der Sicherstellung abgewichen werden. Hinsichtlich der Nrn. 13430 und 13431 EBM 2005 sei dem Kläger zwar durch Bescheid der Fachabteilung Qualitätssicherung im Bereich der Radiologie vom 2. März 2006 die fachliche und apparative Qualifikation zur Erbringung dieser Leistungen bestätigt worden, dennoch könne der Kläger diese Leistungen nicht berechnen. Belegärzte seien gemäß § 121 Abs. 2 SGB V nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Belegpatienten im Krankenhaus innerhalb ihres Fachgebietes stationär zu behandeln. Die beantragten Leistungen seien jedoch schwerpunktspezifische Leistungen und nicht vom Fachgebiet des Klägers umfasst. Zudem obliege es dem Krankenhaus, entsprechende Voraussetzungen zu schaffen, damit die Leistungen durch dazu berechtigte Ärzte abgerechnet werden. Nach der Präambel des Kapitels 13.1 EBM 2005 sei Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt keine Abrechnungsmöglichkeit der Leistungen nach Kapitel 3 EBM 2005 und damit auch nicht der Leistung nach Nr. 03312 EBM 2005 eingeräumt. Außerdem stehe eine ausreichende Anzahl an hausärztlich tätigen Ärzten in A-Stadt zur Verfügung, die diese Leistungen erbringen und abrechnen dürfen. Nach Nr. 4 der Präambel des Kapitels 13.1 und den Vorgaben in Absatz 13.3.3 EBM 2005 sei die beantragte Leistung nach Nr. 13424 EBM 2005 nicht berechnungsfähig. Entsprechendes gelte für die pneumologischen Leistungen nach Nrn. 13662 und 13663 EBM 2005 nach Nr. 4 der Präambel des Kapitels 13.1. und den Vorgaben in Absatz 13.3.7 EBM 2005. Nur in der unvorhersehbaren Situation eines echten Notfalls sei es einem Arzt gestattet, im Rahmen der Erstversorgung fachfremde Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Dies könne jedoch nicht zu einer generellen Abrechnungsgenehmigung für die Leistungen nach Nrn. 13424, 13662 und 13663 EBM 2005 führen. Hinsichtlich der (persönlichen) Qualifikation sei festzuhalten, dass nach den Vorgaben des EBM 2005 die Abrechnung der Leistungen des jeweiligen Kapitels nur den in der Präambel des Kapitels genannten Vertragsärzten offen stehe und sich regelmäßig am Status der Zulassung orientiere. Auch unter Berücksichtigung von Vertrauensschutzgesichtspunkten komme keine andere Beurteilung in Betracht.

Hiergegen hat der Kläger am 6. November 2006 Klage beim Sozialgericht Marburg (SG) erhoben. Ergänzend hat er vorgetragen, der Belegarzt habe gleichsam eine Doppelfunktion. Er werde einerseits als Mitglied der Beklagten tätig, andererseits solle er an der Erfüllung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses mitwirken. Der Gesetzgeber habe ausdrücklich die belegärztliche Tätigkeit als sehr wichtig beschrieben und als 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.

Mit Urteil vom 23. Mai 2007 hat das SG die Klage abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es ausgeführt, dass der Kläger keinen Anspruch auf Genehmigung zur Erbringung der Leistungen nach Nrn. 03312, 13410, 13412, 13424, 13430, 13431, 13662 und 13663 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 habe. Er sei als Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunkt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und als solcher auf die in Kapitel 13.1 Nr. 4 EBM 2005 genannten Leistungen beschränkt, zu denen die hier streitgegenständlichen Leistungen nicht gehörten. Bei den Leistungen nach Nrn. 13410, 13412, 13424, 13430 und 13431 EBM 2005 handele sich um gastroenterologische Leistungen nach Kapitel 13.3.3 EBM 2005, die unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005 nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie berechnet werden könnten. Bei den Leistungen nach Nr. 13662 und 13663 EBM 2005 handele sich um pneumologische Leistungen nach Kapitel 13.3.7 EBM 2005, die nach 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten berechnet werden könnten. Bei der Leistung nach Nr. 03312 EBM 2005 (klinisch-neurologische Basisdiagnostik) handele es sich um eine Leistung der hausärztlichen Versorgungsebene nach Kapitel 3.3 EBM 2005. Unter den nach Nrn. 4 und 6 des Abschnitts 13.1 Präambel EBM 2005 von Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunkt abrechenbaren Leistungen sei die streitgegenständliche Leistung gerade nicht aufgeführt. Eine Genehmigung komme auch nicht nach der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) abgeschlossenen Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 (DÄ 2005, A 77) in Betracht. Soweit die Ergänzende Vereinbarung davon ausgehe, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KÄV) 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 handele es sich lediglich um eine Rechtsansicht. Eine eigenständige Ermächtigungsgrundlage zum Abweichen vom EBM 2005 sei damit nicht geschaffen worden. 72 SGB V, der lediglich allgemeine Vorgaben zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung enthalte, sei ebenfalls keine Rechtsgrundlage für ein Abweichen von den Vorgaben des EBM 2005. Die genannten Bestimmungen des EBM 2005 seien auch rechtmäßig. Die Ermächtigungsgrundlage für den EBM in § 87 Abs. 2 SGB V genüge den Anforderungen des Parlamentsvorbehalts. Trotz der Grundrechtsrelevanz (Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz - GG) sei die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Partner der Bundesmantelverträge verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Denn der Gesetzgeber habe die für die erstmalige Vereinbarung des EBM und seine Fortschreibung maßgebenden Strukturprinzipien im Gesetz selbst festgelegt. Der Bewertungsausschuss des EBM habe eine weitgehende Gestaltungsfreiheit bei der Regelung der Vergütungstatbestände. Er dürfe zur Qualitätssicherung die Abrechenbarkeit von Leistungen auch an qualitätssichernde Begleitmaßnahmen binden. Durch solche Vergütungsausschlüsse sei Artikel 12 Abs. 1 GG nicht verletzt. Wenn nicht der Kernbereich der beruflichen Tätigkeit, sondern nur Leistungen betroffen seien, die für das Fachgebiet weder wesentlich noch prägend seien, handele es sich nicht um eine Regelung in dem Bereich der Berufswahl, sondern lediglich in dem der Berufsausübung und ohne Statusrelevanz. Diese sei bei einer Abwägung zwischen der Eingriffsintensität und den der Qualitätsanforderung zugrunde liegenden Gemeinwohlbelangen - dem Gesundheitsschutz - von vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls gedeckt. Die vom Kläger begehrten Leistungen seien für sein Fachgebiet der Inneren Medizin, für das er zugelassen ist, weder wesentlich noch prägend. Leistungen außerhalb des Gebietes seines Zulassungsstatus dürfe er danach nicht systematisch in der vertragsärztlichen Versorgung durchführen, auch wenn er aufgrund seiner Weiter- und Fortbildung die berufliche Qualifikation für die Erbringung der Leistungen besitze. Die grundsätzliche Abgrenzung zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgungsebene sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) rechtmäßig. Auch die weitere Aufteilung des Gebiets der Inneren Medizin aufgrund der Schwerpunktbezeichnungen sei nicht zu beanstanden. Sie betreffe hierbei jeweils Leistungen eines

besonderen Schwerpunkts und sichere mit der fachlichen Voraussetzung die qualitative Leistungserbringung. Die Bestimmungen des EBM 2005 seien aber auch von den belegärztlich tätigen Ärzten zu beachten. Die Genehmigung belegärztlicher Tätigkeit bedeute lediglich, dass ein für den ambulanten Bereich zugelassener Vertragsarzt auch im stationären Bereich tätig sein dürfe. Der Belegarzt unterliege weiterhin den Regelungen des zweiten Abschnitts des Vierten Kapitels (§§ 72 bis 106) des SGB V und damit insbesondere auch des EBM 2005. Eine Abweichung hiervon bedürfte einer gesetzlichen Vorgabe bzw. entsprechender Regelungen der Bundesmantelvertragsparteien oder im EBM. Solche abweichenden Regelungen seien nicht ersichtlich. Vielmehr sähen Nr. 2.3 des Abschnitts 2 der Allgemeinen Bestimmungen des 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. Auf Vertrauensschutzgesichtspunkte aufgrund seiner früheren Tätigkeit könne sich der Kläger nicht berufen. Der Bewertungsausschuss habe in seiner 90. Sitzung mit Beschluss vom 1. August 2004 eine Neufassung des EBM beschlossen, die schon die hier maßgeblichen Regelungen enthielt. Mit Beschluss vom 17. September 2004 habe der Bewertungsausschuss das Inkrafttreten des EBM 2005 vom 1. Januar auf den 1. April 2005 verschoben. Danach sei über 6 Monate vor dem Inkrafttreten absehbar gewesen, wie im Einzelnen die Regelungen für Internisten aussehen würden.

Gegen das ihm am 13. Juni 2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 25. Juni 2007 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt er vor, dass die Einschränkung durch den EBM 2005 sein Grundrecht der Berufsfreiheit gemäß Artikel 12 GG berühre, da er die Qualifikation für die Erbringung dieser Leistungen habe und sie auch früher erbracht habe. Im Rahmen der Güterabwägung seien nicht nur das aus dem Grundrecht herrührende Interesse des Klägers, sondern auch die übergeordneten Interessen einer sachgerechten und fachkundigen effektiven Versorgung der GKV-Versicherten zu berücksichtigen. Eine die Berufsausübungsfreiheit tatsächlich einschränkende Maßnahme könne nicht mit Erwägungen gerechtfertigt werden, die tatsächlich die Gesundheitsversorgung verschlechterten. Deshalb habe der Bewertungsausschuss zu einer Reihe von Gebührenordnungspositionen einen Vorbehalt in den EBM aufgenommen, wonach Vertragsärzte, die zuvor bereits in erheblichem Umfang diese Leistungen erbracht haben, sie auch über den 1. April 2005 hinaus erbringen könnten. Deshalb habe man in Einzelfällen Ausnahmen zugelassen, soweit dies aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung geboten erscheine. Beide Gründe seien hier gegeben, so dass es keine den Anforderungen des Artikel 12 GG genügende Rechtfertigung für die Einschränkung der Leistungserbringung gebe. Die Argumentation des SG, letztendlich sei es Sache der Klinik, wie sie den Anforderungen der Bedarfsplanung gerecht werde, überzeuge vor dem Hintergrund der neueren Gesetzgebung nicht. Insbesondere könnten nunmehr an die Stelle belegärztlicher Tätigkeit Kooperationen treten mit der Folge, dass der bisher als Belegarzt tätige Arzt künftig als Konsiliararzt tätig sei und an den Erlösen nach DRG-Pauschalen partizipierte. Die Ausgrenzung einzelner Leistungen mache vor diesem Hintergrund keinen Sinn. Schließlich hätten die Vertragspartner des EBM in einer Ergänzenden Vereinbarung vom 1. April 2005 (DÄ 2005, A/77) geregelt, dass für Personen wie den Kläger eine Abrechnungsgenehmigung sehr wohl in Betracht komme. Die Fallgestaltung beim Kläger sei nicht mit der vergleichbar, über die das BSG mit Urteil vom 9. April 2008, B 6 KA 40/07 R entschieden habe. Diese habe sich lediglich auf die Leistungserbringung im ambulanten Bereich bezogen. Der Bewertungsausschuss habe klargestellt, dass sich die belegärztlichen Leistungen von den Leistungen im ambulanten Bereich unterscheiden. Insoweit werde auf die beigefügte Verlautbarung der KBV "Bundesempfehlung gemäß § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Finanzierung der Einführung eines Kapitels für belegärztliche Leistungen (Kapitel 36) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. April 2007" Bezug genommen.

Der Kläger beantragt (sinngemäß),
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 23. Mai 2007 sowie den Bescheid vom 22. März 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Oktober 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Abrechnung der Leistungen nach Nrn. 03312, 13410, 13412, 13424, 13430, 13431, 13662 und 13663 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 zu gestatten.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil sowie die angefochtenen Bescheide für zutreffend und weist ergänzend darauf hin, dass der EBM begrenzende Wirkung auch für die belegärztliche Tätigkeit eines Vertragsarztes habe. Dies ergebe sich aus § 39 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und § 31 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä). Auch für die belegärztliche Tätigkeit werde der Leistungsrahmen grundsätzlich durch die Regelungen vorgegeben, die für die ambulante vertragsärztliche Versorgung gelten (BSG 6. Senat, Urteil vom 13. November 1996, Az. 6 RKa 31/95). Die Vergütung erfolge dementsprechend aus der Gesamtvergütung auf der Grundlage des EBM (§ 121 Abs. 3 Satz 1 SGB V). Würde man Belegärzten eine Abrechnungsmöglichkeit zugestehen, die über die hinausgeht, die für die ambulante Tätigkeit eröffnet ist, könne dies zu Strukturverschiebungen führen und Auswirkungen auf die Finanzierbarkeit des ambulanten Leistungsbereichs haben. Dies wiederum könne die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung gefährden. Die Abrechnungsbefugnis werde alleine über den Zulassungsstatus gesteuert. Das BSG habe festgestellt, dass es auf persönliche Qualifikationen grundsätzlich nicht ankomme. Für die streitgegenständlichen Gebührenordnungspositionen sei gerade kein Vorbehalt aufgenommen worden, wonach diese Leistungen von Vertragsärzten weiterhin erbracht werden dürfen, soweit sie vor dem 31. Dezember 2002 abgerechnet worden sind. Letztendlich müsse die Klinik dafür Sorge tragen, dass Leistungserbringer zur Verfügung stünden, die den Versorgungsauftrag abdecken. Der Verlautbarung der KBV zur Bewertung belegärztlicher Leistungen sei lediglich zu entnehmen, dass eine Verbesserung der Vergütungssituation angestrebt werde. Ein Bezug zur Frage der Abrechnungsbefugnis sei nicht ersichtlich. Entgegen der Auffassung des Klägers sei das Urteil des BSG vom 9. April 2008, B 6 KA 40/07 R auf den hiesigen Rechtsstreit in den Kernaussagen übertragbar.

Die Beteiligten sind zu der Absicht des Senats, die Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung und ohne Beteiligung ehrenamtlicher Richterinnen und Richter zurückzuweisen, gehört worden.

Wegen weiterer Einzelheiten sowie des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten, der Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung und ohne Beteiligung ehrenamtlicher Richterinnen und Richter entscheiden, da er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten sind

zuvor gehört worden (§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz - SGG).

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Das Urteil des SG vom 23. Mai 2007 sowie der Bescheid vom 22. März 2006 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 9. Oktober 2006 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Gestattung der Abrechnung von Leistungen nach Nrn. 03312,13410, 13412, 13424, 13430, 13431, 13662 und 13663 EBM 2005 für die Quartale ab II/05.

Die streitgegenständliche Leistung nach Nr. 03312 EBM 2005 gehört zu den diagnostischen und therapeutischen Leistungen im Rahmen der allgemeinen hausärztlichen Versorgung (Abschnitt IIIa 3.3.3 EBM 2005). Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich nach § 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Gemäß § 73 Abs. 1a Sätze 1 und 2 SGB V werden die einzelnen Arztgruppen dem einen oder dem anderen Versorgungsbereich zugeordnet mit der Folge, dass die den jeweiligen Arztgruppen angehörenden Ärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich nur Leistungen aus dem Versorgungsbereich abrechnen dürfen, dem sie zugeordnet sind. Die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich und die Zuordnung der Ärzte zu diesen Versorgungsbereichen sind vom BSG und vom BVerfG als rechtmäßig beurteilt worden (vgl. Urteile des BSG vom 27. Juni 2007, Az.: B 6 KA 24/06 R, vom 31. Mai 2006, Az.: B 6 KA 74/04 R und vom 18. Juni 1997, Az.: 6 RKa 58/96; Beschluss des BSG vom 11. November 2005, Az.: B 6 KA 12/05 B; Beschluss des BVerfG vom 17. Juni 1999, Az.: 1 BvR 2507/97). Arztgruppenspezifische Leistungen, zu denen auch die Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs gehören, können nach 1.5 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005 nur von den in der Präambel des entsprechenden Kapitels bzw. Abschnitts genannten Vertragsärzten, die die dort aufgeführten Kriterien erfüllen, berechnet werden. Nach der Präambel 3.1 EBM 2005 können die im Kapitel 3 - Hausärztlicher Versorgungsbereich - aufgeführten Leistungen - unbeschadet der Regelung gemäß 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - ausschließlich von Fachärzten für Allgemeinmedizin, praktischen Ärzten, Ärzten ohne Gebietsbezeichnung sowie Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V erklärt haben, berechnet werden. Der Kläger nimmt jedoch als Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung nicht an der hausärztlichen, sondern an der fachärztlichen Versorgung teil. Die von Fachärzten für Innere Medizin abrechenbaren Leistungen, die nicht an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen, ist in Abschnitt IIIb Kapitel 13 EBM 2005 geregelt. In der Präambel 13.1 Nrn. 4 und 6 EBM 2005 sind die von Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung abrechenbaren Leistungspositionen - auch außerhalb des Kapitels 13 - durch Aufzählung im Einzelnen festgelegt. Die Leistung nach Nr. 03312 EBM 2005 ist in diesen Bestimmungen gerade nicht aufgeführt.

Eine Abrechenbarkeit der streitgegenständlichen gastroenterologischen Leistungen nach Nrn. 13410, 13412, 13424, 13430, 13431 EBM 2005 scheitert daran, dass diese schwerpunktspezifischen Leistungen nach Abschnitt 13.3.3. Nrn. 1 und 2 EBM 2005 - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie berechnet werden können. Nach 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen 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 streitgegenständlichen gastroenterologischen Leistungen sind auch nicht in Nrn. 4 und 6 der Präambel 13.1 EBM 2005, die die abrechenbaren Leistungen für Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt im Einzelnen regeln, aufgeführt. Nach der Rechtsprechung des BSG sind Vorgaben im EBM 2005, dass bestimmte Leistungen nur von Fachärzten mit einer bestimmten Schwerpunktbezeichnung erbracht und abgerechnet werden dürfen, über das Vorliegen einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage hinaus kompetentiell und materiell rechtmäßig (vgl. BSG, Urteil vom 9. April 2008, Az. B 6 KA 40/07 R, Juris Rdnrn. 26 ff). In der Schaffung des am 1. April 2005 in Kraft getretenen EBM 2005 lag eine Vereinbarung, die auf der gesetzlichen Grundlage des § 82 Abs. 1 SGB V beruht. Die Kompetenz, das Führen einer Schwerpunktbezeichnung als Voraussetzung für die Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen durch § 82 Abs. 1 SGB V zu normieren, folgt aus der umfassenden Zuständigkeit des Bundes für das Vertragsarztrecht, die aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG abzuleiten ist. Die Rechtmäßigkeit der schematischen Forderung der Schwerpunktbezeichnung folgt aus der jedem Normgeber zukommenden weiten Gestaltungsfreiheit, zu der insbesondere die Befugnis zur Generalisierung, pauschalierten Privatisierung und Typisierung gehört (BSG, a.a.O., Juris Rdnr.28). Zwar dürfen Ärzte nicht von solchen Leistungsbereichen ausgeschlossen werden, die zum Kern ihres Fachgebiets gehören bzw. für dieses wesentlich und prägend sind. Die vom Kläger begehrten gastroenterologischen Leistungen sind für sein Fachgebiet der Inneren Medizin, für das er zugelassen ist, weder wesentlich noch prägend, auf die zutreffenden Ausführungen des erstinstanzlichen Urteils wird insoweit gemäß § 153 Abs. 2 SGG Bezug genommen. Ergänzend ist auszuführen, dass der Kläger auch nicht vollständig von der Erbringung gastroenterologischer Leistungen ausgeschlossen ist, sondern Leistungen nach Nrn. 13400, 13402 und 13421 bis 13423 EBM 2005 nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung erbringen kann (Nr. 4 der Präambel 13.1, Abschnitt 13.3.3 Nr. 2).

Ebenso wenig liegt eine Berechnungsfähigkeit der streitgegenständlichen pneumologischen Leistungen nach Nrn. 13662 und 13663 EBM 2005 vor. Diese schwerpunktspezifischen Leistungen nach Abschnitt 13.3.7. Nr.1 EBM 2005 können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten berechnet werden. Auch diese Leistungen sind in Nrn. 4 und 6 der Präambel 13.1 EBM 2005, die die abrechenbaren Leistungen für Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt im Einzelnen regeln, nicht aufgeführt. Nach der vorgenannten BSG-Entscheidung vom 9. April 2008, a.a.O., Rdnrn. 29 ff, sind Internisten ohne die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie durch den Ausschluss gemäß der Präambel zu Abschnitt 13.3.7 EBM nicht von einem Leistungsbereich ausgeschlossen, der zum Kern ihres internistischen Fachgebietes gehört.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf generelle Gestattung der Abrechnung der streitgegenständlichen Leistungen im Rahmen der Notfallversorgung. Nach Abschnitt II 1.2 Nr. 1 EBM 2005 in der Fassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 99. Sitzung mit Wirkung zum April 2005 sind in Notfällen neben Leistungen des Abschnitts II 1.2 nur Leistungen abrechnungsfähig, die in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen. Die Allgemeine Bestimmung 1.5 gilt für die Berechnung von im Rahmen der Notfallversorgung erbrachten Leistungen nicht. Danach können von den im Notfall tätigen Ärzten die im Rahmen der Notfallversorgung im Einzelfall notwendigen arztgruppenspezifischen Leistungen auch dann erbracht werden, wenn sie die in der Präambel der entsprechenden Kapitel bzw. Abschnitts genannten Kriterien nicht erfüllen. Die Voraussetzungen, unter denen fachfremde Leistungen in Notfällen erbracht werden können, ergeben sich danach abschließend aus dem EBM 2005.

Auch als Belegarzt ist der Kläger an die Vorgaben des EBM 2005 gebunden. Nach § 121 Abs. 3 Satz 1 SGB V sind belegärztliche Leistungen

aus den vertragsärztlichen Gesamtvergütungen, die von den Krankenkassen an die kassenärztliche Vereinigung gezahlt werden, zu vergüten. Belegärzte sind gemäß §§ 121 Abs. 2 SGB V, 39 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte - BMV-Ä - nicht am Krankenhaus angestellte Vertragsärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel vollstationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten. Nach § 39 Abs. 2 BMV-Ä darf die stationäre Tätigkeit des Vertragsarztes nicht das Schwergewicht seiner Gesamttätigkeit bilden, er muss im erforderlichen Maße der ambulanten Versorgung zur Verfügung stehen. Die sich aus dem Vertragsarztrecht ergebenden Beschränkungen gelten nach der Rechtsprechung des BSG auch für Belegärzte, weil die belegärztliche Tätigkeit die Fortsetzung der ambulanten ärztlichen Tätigkeit darstellt (vgl. Urteile des BSG vom 3. Februar 2000, B 6 KA 53/99 B und vom 13. November 1996, 6 RKa 31/95). Auch für die im Rahmen einer belegärztlichen Krankenhausbehandlung anfallenden ärztlichen Leistungen gilt der EBM, was zur Folge hat, dass Vertragsärzte im Rahmen ihrer belegärztlichen Tätigkeit zulasten der Gesamtvergütung nur die im EBM aufgeführten Leistungen abrechnen können (vgl. Urteil des BSG vom 13. November 1996, a.a.O.). Soweit nach neuerer Rechtsentwicklung neben die bisherige Form belegärztlicher Tätigkeit eine neue Form der Einbindung in der ambulanten Versorgung tätiger Ärzte in die stationäre Versorgung, bei der nach den höheren stationären DRG-Pauschalen abgerechnet werden kann, möglich ist, ändert dies nichts an der Begrenzung der belegärztlichen Tätigkeit auf die Erbringung und Abrechnung der im EBM aufgeführten Leistungen. Insoweit hat das BSG zu Recht darauf hingewiesen, dass Strukturverschiebungen hinsichtlich des Leistungsgeschehens zwischen dem Krankenhaussektor und der vertragsärztlichen Versorgung Auswirkungen auf die Finanzierung beider Leistungsbereiche haben, und daher vor der Leistungserbringung geregelt werden müssen. An dieser Beurteilung ändert auch die mit Wirkung von 2. Februar 2007 durch Art. 1 Nr. 88a des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 378) eingefügte Regelung des § 121 Abs. 4 SGB V nichts, auf deren Grundlage durch Beschluss des Bewertungsausschusses mit Wirkung zum 1. April 2007 das Kapitel "Belegärztliche Operationen, Anästhesien und belegärztliche postoperative Leistungen. Konservativ belegärztlicher Bereich" in den EBM 2005 aufgenommen wurde. Die Abrechenbarkeit von Leistungen richtet sich nach den dort im Einzelnen aufgeführten Gebührenpositionen. Auch die von dem Kläger in Bezug genommene "Bundesempfehlung gemäß § 86 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Finanzierung der Einführung eines Kapitels für belegärztliche Leistungen (Kapitel 36) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 1. April 2007" kann keine über die Vorgaben des EBM hinausgehende Abrechnungsbefugnis begründen.

Der Kläger kann aus Abs. 4 der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 (DÄ 2005, A 77) schon deshalb keine Ansprüche herleiten, weil die dort näher bezeichneten Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Nach Abs. 4 der Ergänzenden Vereinbarung können Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt am 31. März 2005 zugelassen sind, im Rahmen ihrer Weiterbildung auf Antrag solche Leistungen des EBM 2005 abrechnen, die im EBM ausschließlich einem der Schwerpunkte der Inneren Medizin zugeordnet sind. Die Kassenärztliche Vereinigung genehmigt einen Antrag, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass er über die erforderlichen persönlichen und strukturellen Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen, die einem Schwerpunkt der Inneren Medizin im EBM zugeordnet sind und die gegebenenfalls ergänzend in Richtlinien des Bundesausschusses oder in Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V niedergelegt sind, erfüllt und im Zeitraum vom 1. Januar 2003 bis 30. Juni 2004 schwerpunktmäßig diese Leistungen erbracht hat. Weder aus dem Vortrag des Klägers noch nach Aktenlage ergeben sich Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger die Abrechnung der streitgegenständlichen Leistungen nach erfolgter Weiterbildung begehrt, noch dass er im Zeitraum vom 1. Januar 2003 bis 30. Juni 2004 schwerpunktmäßig diese Leistungen erbracht hat. Insoweit kann dahinstehen, ob die Ergänzende Vereinbarung und damit auch deren Abs. 4 bereits wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht, nämlich gegen die Kompetenzregelung des § 87 Abs. 1 Satz 1, Absätze 2 bis 2h SGB V, unwirksam ist. Nach § 87 Abs. 1 Satz 1, Absätze 2 bis 2h SGB V ist es allein den von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen (seit 1. Juli 2008: Spitzenverband Bund der Krankenkassen) gebildeten Bewertungsausschüssen vorbehalten, den Inhalt der durch die Vertragsärzte abrechenbaren Leistungen und deren wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander zu bestimmen, und die Leistungen nach § 87 Abs. 2a Satz 1 2. Halbsatz SGB V in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden.

Aufgrund der oben aufgezeigten abschließenden Regelung zu den von Internisten ohne Schwerpunkt abrechenbaren Leistungen kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass sich aus der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des EBM zum 1. April 2005 unter Abs. 3 eine eigenständige Rechtsgrundlage für die Gestattung der Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums und/ oder Abrechnung einzelner ärztlicher Leistungen bezogen auf alle Vertragsärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) aus Sicherstellungsgründen ergibt (vgl. hierzu bereits Urteil des erkennenden Senats vom 23. April 2008, L 4 KA 26/07). Unter Abs. 3 haben die Vertragspartner der Ergänzenden Vereinbarung lediglich ihre Rechtsauffassung dargelegt, wonach die KÄV nach § 72 SGB V befugt sei, aus Sicherstellungsgründen allen Vertragsärzten sowohl eine Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums als auch die Abrechnung einzelner ärztlicher Leistungen auf Antrag des Vertragsarztes zu bewilligen. Damit sollte offensichtlich zum Ausdruck gebracht werden, dass sich die spezielle Regelung für Internisten ohne Schwerpunkt in eine bestehende allgemeine Regelung für alle Vertragsärzte einfügt, obgleich nach den in Abs. 4 der Ergänzenden Vereinbarung geregelten Voraussetzungen nicht auf Sicherstellungsgründe, sondern auf die Qualifikation und schwerpunktmäßige Erbringung dieser Leistungen vom 1. Januar 2003 bis 30. Juni 2004 abgestellt wird. Daraus folgt, dass die Sonderregelung für Internisten ohne Schwerpunkt lediglich eine Bestandssicherung bei der entsprechenden Arztgruppe bezweckt, zumal den KÄV nach Abs. 4 der Ergänzenden Vereinbarung bei Vorliegen der Voraussetzungen kein Ermessen eingeräumt ist, in dessen Rahmen sie etwa Sicherstellungserwägungen im Einzelfall anstellen könnten. Eine eigenständige Rechtsgrundlage für die Erteilung von Abrechnungserlaubnissen an alle Vertragsärzte durch die KÄV aus Sicherstellungsgründen ergibt sich daraus nicht. Auch insoweit kann dahinstehen, ob die Ergänzende Vereinbarung und damit deren Abs. 3 bereits wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht, die Kompetenzregelung des § 87 Abs. 1 Satz 1, Absätze 2 bis 2h SGB V, unwirksam ist.

Der erkennende Senat ist wie das SG der Auffassung, dass die Beklagte auch nicht unter dem Gesichtspunkt des allgemeinen oder besonderen Sicherstellungsauftrages nach §§ 72 Abs. 1, 75 Abs. 1 SGB V befugt ist, abweichend vom EBM 2005 die Erbringung und Abrechnung einzelner Leistungen bei entsprechendem Versorgungsbedarf zu gestatten. Sowohl der allgemeine Sicherstellungsauftrag nach § 72 Abs. 1 SGB V als auch der an die KÄV gerichtete besondere Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 SGB V sind als gesetzgeberischer Auftrag an die genannten Adressaten zu verstehen, ohne Befugnisse für einzelne Maßnahmen einzuräumen. Nach § 72 Abs. 2 SGB V hat die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses zu erfolgen. Die KÄV darf bei der Wahrnehmung ihres besonderen Sicherstellungsauftrages nur die Instrumente einsetzen, die ihr der Gesetzgeber einräumt. Soweit der Gesetzgeber wie in §§ 87 und § 73 Abs. 1a Satz 3 und 5 SGB V spezielle Regelungskompetenzen besonderen Gremien zugewiesen hat, kann der KÄV unter dem Gesichtspunkt des Sicherstellungsauftrages keine

eigene Kompetenz mehr zukommen. § 87 SGB V behält die Kompetenz zur Regelung des Inhaltes der durch die Vertragsärzte abrechenbaren Leistungen ausschließlich den Bewertungsausschüssen im Rahmen des zu vereinbarenden EBM vor. Daher kann für die KÄV auch keine ausnahmsweise Zuständigkeit für vom EBM abweichende Einzelfallregelungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung unmittelbar aus dem gesetzgeberischen Auftrag in §§ 72, 75 SGB V abgeleitet werden. Ebenso wenig ist die KÄV befugt, aus Sicherstellungsgründen Zulassungsentscheidungen zu treffen, die ausschließlich den Zulassungsgremien nach §§ 96, 97 SGB V vorbehalten sind. Der Sicherstellungsauftrag verlangt lediglich, in Bezug auf die Bereitstellung einer - qualitativ und auch quantitativ - genügenden Anzahl von Ärzten, alles zu tun, damit die Zulassungseinrichtungen in die Lage versetzt werden, eine den Erfordernissen der §§ 70 und 73 Abs. 2 SGB V gerecht werdende Arztdichte zu schaffen (so zutreffend: VY., Handbuch des Kassenarztrechts, 1994, Rdnr. 321 m.w.N.). Dem entspricht auch die Regelung des § 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V, mit der der Gesetzgeber zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung dem Zulassungsausschuss und nicht der KÄV die Befugnis eingeräumt hat, für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung befristet von der strikten Trennung der haus- und fachärztlichen Versorgungsebene abweichende Regelungen zu treffen. Insoweit kann dahingestellt bleiben, ob im räumlichen Zulassungsbereich des Klägers ein besonderer Versorgungsbedarf für die Leistungen besteht, deren Erbringung und Abrechnung er begehrt.

Das in den Abschnitten 13.3.3 sowie 13.3.7 EBM 2005 jeweils normierte Qualifikationserfordernis des Führens der Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie (Abschnitt 13.3.3 Nr. 1, mit Ausnahme in Nr. 2 aufgeführten Leistungen) bzw. Pneumologie (Abschnitt 13.3.7) und der dadurch bewirkte Ausschluss der Internisten ohne die entsprechende Schwerpunktbezeichnung sind mit Art. 12. Abs. 1 und 3 Abs. 1 GG vereinbar (vgl. BSG, Urteil vom 9. April 2008, a.a.O., Rdnr. 36 ff). Die normative Regelung, dass die Erbringung und Abrechung dieser Leistungen das Führen der entsprechenden Schwerpunktbezeichnung voraussetzt, ist durch ausreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt. Insbesondere musste sich der Normgeber nicht auf Qualitäts- und Qualifikationsprüfungen im Einzelfall einlassen.

Hinsichtlich der Ausführungen zum Vertrauensschutz wird auf die zutreffenden Ausführungen der erstinstanzlichen Entscheidung gemäß § 153 Abs. 2 SGG Bezug genommen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), die endgültige Streitwertfestsetzung auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. §§ 63 Abs. 2 S. 1, 47,52 Abs. 2 Gerichtskostengesetz (GKG).

Der Senat hat die Revision zugelassen, weil er dem Rechtsstreit im Hinblick auf die Auslegung des Inhalts der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des EBM zum 1. April 2005 sowie im Hinblick auf die Bedeutung des besonderen Sicherstellungsauftrags der KÄV im Verhältnis zu § 87 SGB V grundsätzliche Bedeutung beimisst (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2010-06-25