

S 12 KA 975/06

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 975/06

Datum

31.10.2007

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 54/13

Datum

31.10.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Einer Fachärztin für Psychiatrie und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die als Ärztin ohne Gebietsbezeichnung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist und überwiegend psychotherapeutisch tätig ist, kann eine Genehmigung zur Abrechnung psychiatrischer Leistungen nach Kapitel 21 EBM 2005 nicht erteilt werden. Maßgeblich ist der Zulassungsstatus. Die in den einzelnen Kapiteln des EBM 2005 aufgeführten Leistungen sind abschließend.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Genehmigung zur Abrechnung psychiatrischer Leistungen nach Kapitel 21 EBM 2005.

Die Klägerin wurde 1984 als Ärztin approbiert. Mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 15. Juni 1993 wurde sie als Ärztin zur vertragsärztlichen Tätigkeit mit Praxissitz in A-Stadt zugelassen. Die Zulassung ruhte vom 08.01. bis 30.09.1994. Mit Urkunde der Landesärztekammer Hessen vom 12.04.1994 erhielt sie die Berechtigung zur Führung der Zusatzbezeichnung "Psychotherapie". Mit Bescheid der Beklagten vom 09.11.1994 erhielt sie die Genehmigung zur Durchführung von im Einzelnen aufgeführten psychotherapeutischen Leistungen gemäß § 2 der Psychotherapie-Vereinbarung. Ab 01.01.1995 war sie überwiegend psychotherapeutisch tätig. Mit Urkunde der Landesärztekammer Hessen vom 21.07.1999 erhielt sie die Anerkennung als Fachärztin für Psychiatrie, mit Urkunde vom 07.09.1999 die Anerkennung als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.

Die Bezirksstelle A-Stadt der Beklagten teilte der Klägerin mit Schreiben vom 12.02.1999 mit, sie erfülle die Voraussetzungen zur Erteilung einer entsprechenden Genehmigung gemäß der Ergänzenden Vereinbarung. Deshalb erteile sie ihr die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 820 ff. mit der Maßgabe, dass die Abrechnung dieser Leistungen unter Einhaltung von § 2 LZ 203 HVM erfolge. Für die Quartale II/00 bis I/01 nahm die Beklagte eine Absetzung der Leistungen nach Kapitel G II (Nrn. 820, 822, 823) EBM 1996 vor, soweit diese als sog. fachfremde Leistungen den nach Leitzahl 203 HVM festgelegten Abrechnungsumfang von 5 % überschritten hätten. Ein hierüber geführter Rechtsstreit vor dem SG Frankfurt am Main, Az.: S 27 KA 1534/02 führte u. a. am 10.12.2003 zu dem Erkenntnis der Beklagten, dass auf die Klägerin die Ausnahmebestimmung der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabes anzuwenden sei und damit eine Berechtigung zur Abrechnung der Leistungen nach Abschnitt G II EBM bestehe.

Am 31.03.2005 machte die Klägerin nach einem entsprechenden Hinweis der Beklagten geltend, dass der Ablauf der Abrechnungsgenehmigung nicht auf sie zutreffe. Sie verwies auf den vor dem SG geschlossenen Vergleich. Die Beklagte sah dies als einen Antrag auf eine Ausnahmegenehmigung nach dem EBM 2005.

Mit Bescheid vom 23.12.2005 lehnte die Beklagte den Antrag auf Genehmigung zur Abrechnung psychiatrischer Leistungen nach Kapitel 21 EBM 2005 ab. Sie führte aus, die Bestimmungen des EBM 2005 beinhalteten eine fachgruppenspezifische Abrechnungssystematik. Zugleich sei in den Präambeln der einzelnen Kapitel niedergelegt worden, dass grundsätzlich ausschließlich die dort genannten Leistungen außerhalb des fachgruppenspezifischen Kapitels zur Abrechnung kommen könnten. Ausschlaggebend sei deshalb die fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen. Als Ärztin und psychotherapeutisch tätige Ärztin sei sie auf die in Kapitel 3 und 23 EBM 2005 genannten fachgruppenspezifischen Leistungen beschränkt. Eine Genehmigung aus Sicherstellungsgründen könne nicht erteilt werden, da im Planungsbereich Landkreis A Stadt eine Überversorgung mit Psychiatern bestehe. Die dem Vergleich zugrundeliegenden Voraussetzungen

seien mit dem EBM 2005 entfallen. Ihre Abrechnungsgenehmigung für psychiatrische Leistungen nach Nr. 820 ff. EBM 1996 ende deshalb zum 31.03.2005. Ein Bestandsschutz bestehe nur solange, bis auf eine Änderung der Verwaltungspraxis hingewiesen werde.

Hiergegen legte die Klägerin am 31.01.2006 Widerspruch ein. Zur Begründung trug sie vor, als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sei sie qualifiziert und könne kostengünstiger Patienten mit Erkrankungen aus diesem Bereich behandeln. Sie sei auch seit 1999 mit einem entsprechenden Facharztstempel ausgestattet. Die Patienten erwarteten auch eine solche Behandlung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20.09.2006, zugestellt am 21.09., wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. In der Begründung führte sie aus, aufgrund der fachgruppenspezifischen Abrechnungssystematik des EBM 2005 sei die fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen maßgebend. Ärzte und psychotherapeutisch tätige Ärzte könnten nur die in Kapitel 3 und 23 EBM 2005 genannten fachgruppenspezifischen Leistungen sowie die in den Präambeln der Kapitel 3.1 und 23.1 EBM 2005 genannten Leistungen außerhalb des fachgruppenspezifischen Kapitels erbringen. Nach einem Vorstandsbeschluss werde eine Genehmigung auch dann nicht erteilt, wenn eine Abrechnungsgenehmigung nach dem EBM 1996 bestanden habe. Hiervon könne nur aus Gründen der Sicherstellung abgewichen werden. Abzustellen sei auf einen Umkreis von 50 km. Im Landkreis A-Stadt seien mehrere Fachärzte berechtigt, die Leistungen nach Kapitel 21 EBM 2005 zu erbringen. Auf die Aushändigung eines Arztstempels komme es nicht an. Entscheidend sei der Zulassungsstatus. Sie könne ihre Verwaltungspraxis für die Zukunft ändern. Dem stehe das Vertrauen eines Vertragsarztes nicht entgegen. Aus der früheren Abrechnungsberechtigung der Klägerin erwachse kein Recht für die Zukunft. Die dem Vergleich zugrundeliegenden Voraussetzungen seien mit dem EBM 2005 entfallen.

Hiergegen hat die Klägerin am 13.10.2006 die Klage erhoben. Ergänzend zu ihrem Widerspruchsvorbringen trägt sie zur Klagebegründung vor, der Hinweis auf die Versorgungslage sei sehr vage und ungenau. Etliche Psychiater seien vorwiegend psychotherapeutisch tätig. Anfragen an sie zeigten auch einen entsprechenden Bedarf. Sie sei in der Lage, psychiatrisch und zugleich psychotherapeutisch zu behandeln. Auch im EBM 2005 würden die Abrechnungsmöglichkeiten nach den Inhalten, sprich Fachgebieten nach der Weiterbildungsordnung, beschränkt werden, nicht nach dem Zulassungsstatus. Aufgrund ihrer siebenjährigen Tätigkeit auch als Psychiaterin sei eine Reduktion im Hinblick auf Überweiser und Patienten wenig sinnvoll.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 23.12.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.09.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen nach Kapitel 21 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff. zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt weiter vor, in info.doc, Ausgabe März 2005, S. 12, habe sie klar auf die fachgruppenspezifischen Abrechnungsbereiche verwiesen. Allein in A-Stadt gebe es 27 Ärzte, die die Leistungen nach Kapitel 21 EBM 2005 erbringen könnten. Im Kreis A-Stadt gebe es auch fünf Ärzte, die als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie zugelassen seien. Reine Fachärzte für Psychiatrie seien es ebf. fünf. Der gerichtliche Vergleich beruhe allein auf dem Übergangsrecht, das mit dem EBM 2005 überholt sei. Die Bildung der Fachgruppen im EBM 2005 orientiere sich an der Weiterbildungsordnung. Für die Leistungserbringung und die Honorarverteilung sei allein maßgeblich der Zulassungsstatus. Die Abgrenzung der Fachgruppen im EBM 2005 diene dem Schutz vor Mengenausweitung und der Erhaltung einer angemessenen Vergütung.

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 vom 23.12.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.09.2006 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Der Klägerin hat keinen Anspruch auf Erteilung einer Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Kapitel 21 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff.

Nach dem ab 01.04.2005 geltenden EBM 2005 sind die abrechnungsfähigen Leistungen drei Bereichen zugeordnet: arztgruppenübergreifenden allgemeinen Leistungen, arztgruppenspezifischen Leistungen und arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen. Arztgruppenspezifische Leistungen unterteilen sich in Leistungen des hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereichs. In den arztgruppenspezifischen Kapiteln bzw. Abschnitten sind entweder durch Aufzählung der Leistungspositionen in den jeweiligen Präambeln oder Auflistung im Kapitel bzw. Abschnitt alle von einer Arztgruppe berechnungsfähigen Leistungen angegeben. Arztgruppenspezifische Leistungen können nur von den in der Präambel des entsprechenden Kapitels bzw. Abschnitts genannten Vertragsärzten, die die dort aufgeführten Kriterien erfüllen, berechnet werden (Abschnitt I 1.2.2 EBM 2005). Abrechnungsfähige Leistungen, deren Berechnung an ein Gebiet, einen Schwerpunkt (Teilgebiet), eine Zusatzbezeichnung oder sonstige Kriterien gebunden ist, setzen das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraus (vgl. Abschnitt I 1.2 bis 1.5 EBM 2005).

Bei den von der Klägerin begehrten Leistungen nach Kapitel 21 EBM 2005 (Psychiatrische und Psychotherapeutische Leistungen (Psychiater)) handelt es sich um arztgruppenspezifische Leistungen. Sie sind Teil des fachärztlichen Versorgungsbereichs nach Abschnitt IIb. Die in Kapitel 21 EBM 2005 aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Nervenheilkunde sowie Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie abgerechnet werden (Präambel 21.1 Nr. 1 EBM 2005).

Aufgrund ihres Zulassungsstatus als überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärztin ist die Klägerin auf die Erbringung der im Kapitel 3 und 23 EBM 2005 genannten Leistungen beschränkt. Korrelierend zu den bereits genannten Regelungen werden die strittigen Leistungen nicht genannt. Es wird lediglich auf die Möglichkeit zum Wechsel auf die fachärztliche Versorgungsebene gemäß [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) verwiesen (Präambel Nr. 3.1 Nr. 2 EBM 2005). Die Aufzählungen in den einzelnen Kapiteln, die für jedes Fachgebiet differieren und umfassend sind, sind dabei abschließend. Im Übrigen kann der EBM weder von der Beklagten noch von den Gerichten analog angewandt werden.

Die Beklagte hat die Bestimmungen des EBM 2005 zutreffend angewandt. Es liegen auch nicht die Voraussetzungen nach Nr. 6.2 Allgemeinen Bestimmungen EBM 2005 vor. Danach kann ein Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausübt, unter Berücksichtigung von Nr. 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen die arztgruppenspezifischen Leistungen nach allen Gebieten abrechnen. Nr. 1.3 Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen EBM 2005 verlangt hierfür aber das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien. Neben der Berechtigung zur Führung der Gebietsbezeichnung, die bei der Klägerin vorliegt, besitzt sie aber nicht die Zulassung als Fachärztin für Psychiatrie bzw. als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Von daher ist sie nicht berechtigt, Leistungen nach Kapitel 21 EBM 2005 zu berechnen, solange sie nicht von dem haus- in den fachärztlichen Versorgungsbereich durch Beschluss des Zulassungsausschusses gewechselt ist. Maßgeblich stellt der EBM 2005 damit auf den Zulassungsstatus ab.

Nach den Bestimmungen des EBM 2005 kann eine Genehmigung für die von der Klägerin begehrten Leistungen nicht erteilt werden. Bei den Bewertungsmaßstäben handelt es sich um Normsetzung durch Vertrag (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, Az: [B 6 KA 44/03 R](#), [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 78). Die Beklagte ist hieran ebenso wie ein Vertragsarzt gebunden (vgl. [§ 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V](#)).

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

Die genannten Bestimmungen des EBM 2005 sind auch rechtmäßig.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Leistungen sind entsprechend der in [§ 73 Abs. 1 SGB V](#) festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. März 2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass, unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen, Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden ([§ 87 Abs. 2a Satz 5 SGB V](#)). Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 5 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Grunde zu legen ([§ 87 Abs. 2a Satz 6 SGB V](#)). Die Regelungen nach den Sätzen 1, 2, 5, 6 und 9 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2004 zu treffen ([§ 87 Abs. 2a Satz 10 SGB V](#)).

Die Ermächtigungsgrundlage für den EBM in [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) genügt den Anforderungen des Parlamentsvorbehalts. Trotz der Grundrechtsrelevanz ([Art. 12 Abs. 1 GG](#)) ist die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Partner der Bundesmantelverträge verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Denn der Gesetzgeber hat die für die erstmalige Vereinbarung des EBM und seine Fortschreibung maßgebenden Strukturprinzipien im Gesetz selbst festgelegt. Der EBM dient bestimmten qualitativen und ökonomischen Zielen. Die vertragsärztliche Gebührenordnung leistet einen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden, humanen Versorgung der Versicherten ([§ 70 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2, § 72 Abs. 2 SGB V](#)) sowie zur wirtschaftlichen Erbringung der zu einer derartigen Versorgung zählenden Leistungen ([§ 70 Abs. 1 Satz 2, § 72 Abs. 2 SGB V](#)). Zugleich muss der EBM aber auch so vereinbart werden, dass die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)). Bereits diesen Gestaltungsvorgaben lässt sich ein ausreichend dichtes Normprogramm entnehmen (vgl. BSG, Urteil vom 09. Dezember 2004, Az: [B 6 KA 44/03 R](#), aaO., juris Rdnr. 74). Der Bewertungsausschuss des EBM hat eine weitgehende Gestaltungsfreiheit bei der Regelung der Vergütungstatbestände. Er hat im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität der Vergütungsordnung schematisierende und typisierende Regelungen zu treffen. Er darf zur Qualitätssicherung die Abrechenbarkeit von Leistungen auch an qualitätssichernde Begleitmaßnahmen binden. Durch solche Vergütungsausschlüsse ist [Art. 12 Abs. 1 GG](#) nicht verletzt. Wenn nicht der Kernbereich der beruflichen Tätigkeit, sondern nur Leistungen betroffen sind, die für das Fachgebiet weder wesentlich noch prägend sind, handelt es sich nicht um eine Regelung in dem Bereich der Berufswahl, sondern lediglich in dem der Berufsausübung und ohne Statusrelevanz. Diese ist bei einer Abwägung zwischen der Eingriffsintensität und den der Qualifikationsanforderung zu Grunde liegenden Gemeinwohlbelangen - dem Gesundheitsschutz - von vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls gedeckt (vgl. BSG, Urteil vom 8. September 2004, Az: [B 6 KA 82/03 R](#), SozR 4-5533 Nr. 653 Nr. 1, juris Rdnr. 20 f.).

Die von der Klägerin begehrten Leistungen sind für ihr Fachgebiet der Allgemeinmedizin, dem sie als Ärztin ohne Gebietsbezeichnung zuzurechnen 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, Urt. 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, Urt. v. 31. Januar 2001 – [B 6 KA 11/99 R](#) – Die Leistungen – Rechtsprechung –, Beilage, 2002, S 203, 206 betr. Allgemeinarzt, der auch Kinderarzt ist). Im konkreten Fall hat das BSG trotz des fehlenden Zulassungsstatus eine Gleichstellung des klagenden Arztes mit den als Anästhesisten zugelassenen Ärzten allein deshalb angenommen, weil diese bei der Durchführung von Anästhesien auf Grund besonderer vertraglicher Regelungen über Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen gleichstünden. Mit dem EBM 2005 gilt dies nicht mehr. Dieser kommt den genannten gesetzlichen Vorgaben nach, was zu einer klareren Abgrenzung zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgungsebene geführt hat.

Die grundsätzliche Abgrenzung zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgungsebene ist aber rechtmäßig

Das Bundessozialgericht hat bereits wiederholt die durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte Aufteilung in einen hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungsbereich für rechtmäßig befunden und betont, dass die Zuordnung zum hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungsbereich für den Vertragsarzt ausschließlich vergütungsrechtliche Konsequenzen bewirkt, während sie seinen berufsrechtlichen Status unberührt lässt (BSG, Urt. v. 18. Juni 1997 – 6 Rka 59/98 – BSGE 80, 257 = [SozR 3-2500 § 73 Nr. 1](#) = [NJW 1999, 888](#) = [NZS 1998, 143](#), zitiert nach juris Rdnr. 17 ff. u. 24; BSG, Urt. v. 01. Juli 1998 – [B 6 KA 27/97 R](#) – [MedR 1999, 476](#) = USK 98166, juris Rdnr. 13 ff.; BSG, Beschl. v. 11. November 2005, Az: [B 6 KA 12/05 B](#) – juris Rdnr. 8). Das Bundesverfassungsgericht hat eine gegen eine Parallelentscheidung (BSG, Urt. 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 Vertragsarztrechtes könnten als Berufswahlregelungen ausgestaltet sein. Es könne auch offen bleiben, ob die ärztliche Spezialisierung als Facharzt inzwischen als eigenständig entwickelter und in der sozialen Wirklichkeit akzeptierter Beruf anzusehen sei, denn bei den mittelbar angefochtenen Regelungen gehe es weder um den reglementierten Zugang zu einer bestimmten Arztgruppe noch zu einem Planungsbereich. Die Regelungen hätten lediglich zur Folge, dass nach Ablauf einer Übergangsfrist bestimmte Positionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes nicht mehr abgerechnet werden könnten. Einwirkungen auf das ärztliche Handeln mit dem Steuerungsinstrument der Vergütungsregelung seien schon generell ein Mittel der Berufsausübung. Dies gelte erst recht, wenn die Vergütungsregelung beim jeweiligen Arzt nur einen Teil der Tätigkeiten beträfen, die ihm nach Berufsrecht offen stünden. Die Aufgliederung des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichs diene dem Gemeinwohl. Durch die Neuordnung würden gesundheitspolitische Ziele der Qualitätsverbesserung für die Versicherten neben finanzpolitischen Zielen der Kostendämpfung angestrebt. Bei der Ausgestaltung der Krankenversicherung seien sozialpolitische Entscheidungen des Gesetzgebers hinzunehmen, solange seine Erwägungen weder offensichtlich fehlsam noch mit der Wertordnung des Grundgesetzes unvereinbar seien. Auch die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung sei als Gemeinwohlaufgabe von hoher Bedeutung anzusehen. Dies gelte auch und gerade gegenüber den Leistungserbringern innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, denen durch die Einbeziehung in das öffentlich-rechtliche System des Vertragsarztrechtes besondere Vorteile erwachsen würden (BVerfG, Beschl. v. 17. Juni 1999 – [1 BvR 2507/97](#) – [SozR 3-2500 § 73 Nr. 3](#) = [NJW 1999, 2730](#) = [MedR 1999, 560](#) = juris Rdnr. 22 f.).

Das BSG hat ferner auch Abrechnungsbeschränkungen aufgrund bundesmantelvertraglicher Vereinbarung zugelassen. Hat sich ein Vertragsarzt für den hausärztlichen und nicht den fachärztlichen Versorgungsbereich entschieden (vgl. [§ 73 Abs. 1 und Abs. 1a Satz 2 SGB V](#)), unterliegt er unabhängig von den ihm berufsrechtlich erlaubten Leistungserbringungsmöglichkeiten auf seinem Fachgebiet den vertragsarztrechtlichen Beschränkungen eines Hausarztes. Ein Vertragsarzt darf nur von der Honorierung solcher Leistungen nicht gänzlich ausgenommen werden, die in den Kernbereich seines Fachgebietes fallen bzw. für dieses wesentlich und prägend sind (vgl. BSG v. 31.01.2001 – [B 6 KA 11/99 R](#) – USK 2001-143, juris Rdnr. 15 m. w. N.; zu aus der Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich folgenden Vergütungsbeschränkungen vgl. a. BSG v. 17.09.1997 – [6 Rka 90/96](#) – BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 17](#) = [MedR 1998, 239](#) = USK 97136, juris Rdnr. 30 ff.).

Ein besonderer Vertrauensschutz kommt der Klägerin nicht zu. Die Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich wird vom Gesetzgeber schon seit längerem vorgegeben. Von daher konnte kein Vertrauen darauf erwachsen, dass die bisherigen Abrechnungsmöglichkeiten für Allgemeinärzte weiterhin bestehen würden. Soweit nunmehr mit dem EBM 2005 die Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich konsequent umgesetzt wird, hat dies Wirkungen für die Zukunft und bedurfte es keines besonderen Übergangsrechts.

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

Die vormalige Berechtigung zur Erbringung psychiatrischer Leistungen ist mit Inkrafttreten des EBM 2005 ausgelaufen. Als Ärztin ohne Fachgebietsbezeichnung war die Klägerin berufsrechtlich ebenso wie ein Facharzt für Allgemeinmedizin nicht an die Grenzen eines bestimmten Fachgebietes gebunden. Die Freistellung von Fachgebietsgrenzen und die Berechtigung, grundsätzlich alle Gesundheitsstörungen der Patienten behandeln zu dürfen, gehören zum Wesen der allgemeinmedizinischen und allgemein-hausärztlichen Tätigkeit (vgl. BSG, Urt. v. 18.10.1995 – [6 Rka 52/94](#) –, [SozR 3-2500 § 95 Nr. 7](#) S. 24, 29 = [NJW 1996, 3103](#) = [MedR 1997, 136](#)). Von daher war die Klägerin aufgrund ihres Zulassungsstatus als Ärztin grundsätzlich berechtigt, Leistungen aller Fachgebiete zu erbringen und abzurechnen, soweit hieran nicht besondere Voraussetzungen geknüpft wurden. Mit dem EBM 2005 ist diese Möglichkeit, wie bereits

ausgeführt, beschränkt worden. Von daher hat sich die damalige Genehmigung, die im Anerkenntnis am 10.12.2003 ausgesprochen wurde, erledigt. Aber auch wenn man ihr einen darüber hinausgehenden Inhalt zubilligen wollte, hat die Beklagte die Genehmigung durch die anderslautende Entscheidung im angefochtenen Bescheid vom 23.12.2005 konkludent aufgehoben ([§ 48 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 Nr. 4 SGB X).

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

Im Ergebnis war die Klage daher abzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-03-09