L 12 KA 26/03

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 42 KA 993/02
Datum
20.09.2002
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 26/03
Datum
10.11.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 20/05 B
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. September 2002 wird zurückgewiesen.
II. Der Kläger hat der Beklagten und den Beigeladenen auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten und die Gerichtskosten zu tragen.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

In diesem Rechtsstreit geht es um die Teilnahme an einem Strukturvertrag.

Der Kläger ist als Chirurg in G. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und erbringt im größeren Umfang endoskopische bzw. koloskopische Leistungen nach den Nrn.741, 763, 765 und 768 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Im Einzelnen wurde die Nr.741 (Gastroskopie und/oder partielle Duodenoskopie, ggf. einschließlich Ösophagoskopie, Probeexzisionen und/oder Urease-Nachweis) von ihm im Quartal 1/00 120-mal, im Quartal 3/01 124-mal und im Quartal 4/01 117-mal abgerechnet. Die EBM-Nr.763 (totale Koloskopie einschließlich des Zökums, ggf. einschließlich Probeexzisionen, ggf. einschließlich Lagekontrolle des Endoskops durch ein bildgebendes Verfahren) kam im Quartal 1/00 97-mal, im Quartal 3/01 102-mal und im Quartal 4/01 123-mal zum Ansatz. Die Zuschlagsnummer 765 (Zuschlag zu den Leistungen nach EBM-Nrn.740, 741 und 755 bis 764 für die Abtragung eines Polypen und/oder Schlin- genbiopsien mittels Hochfrequenzelektroschlinge) hat der Kläger im Quartal 1/00 9-mal, im Quartal 3/01 17-mal und im Quartal 4/01 35-mal abgerechnet und die Nr.768 (Zuschlag für die Durchführung der Leistung nach Nr.741, 760, 763 oder 764 als Video- gastroskopie bzw. -koloskopie einschließlich Aufzeichnung) 215-mal in 1/00, 225-mal in 3/01 und 240-mal in 4/01.

Gegen die Honorarbescheide betreffend die Quartale 1/00, 3/01 und 4/01 hat der Kläger jeweils Widerspruch eingelegt, weil er die vorgenannten Leistungen nur nach dem normalen Punktwert vergütet bekomme, während die Internisten, die diese Leistungen erbrächten, nach einem Strukturvertrag einen wesentlich höheren Punktwert erhielten. Das verstoße gegen den Gleichheitssatz des Art.3 Grundgesetz (GG). Die Beklagte hat die Widersprüche mit Widerspruchsbescheiden vom 16. April und 27. Juni 2002 zurückgewiesen. Die Internisten erhielten den höheren Punktwert außerhalb der Gesamtvergütung nach einem mit den Krankenkassen abgeschlossenen Strukturvertrag. Trotz intensiver Bemühungen der Beklagten seien die Krankenkassen in Bayern nicht bereit, die Strukturförderung auf andere Fachgruppen auszudehnen.

Der Kläger hat dagegen jeweils Klage zum Sozialgericht München (SG) erhoben und zur Begründung im Wesentlichen vorgetragen, er habe dieselbe fachliche Qualifikation wie die Internisten, müsse dieselben Anforderungen nach der Weiterbildungsordnung (WBO) erfüllen und könne deshalb denselben Punktwert beanspruchen. Hingewiesen wurde auf den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit.

Das SG hat die Klagen verbunden und mit Urteil vom 20. September 2002 abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf einen Punktwert von 9,5 Pf. bei Leistungen der Endoskopie bzw. Kolo- skopie. Der Honoraranspruch eines Vertragsarztes ergebe sich aus dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM). Es sei nicht zu beanstanden, dass die Gesamtvertragsparteien daneben Strukturverträge geschlossen hätten und diese auf fachärztliche Internisten beschränkt hätten. Dies erscheine insbesondere durch den Umstand legitimiert, dass die streitgegenständlichen Leistungen zum Kernbereich internistischer Tätigkeit gehörten. Nach der WBO vom 1. Oktober 1993 gehörten zum notwendig nachzuweisenden Weiterbildungsinhalt der Internisten sämtliche endoskopische Untersuchungen der inneren Organe ausschließlich der Sigmoidoskopie. Dagegen erfasse das Gebiet der Chirurgie die Erkennung und Behandlung von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen mit den entsprechenden Untersuchungsverfahren. Im Rahmen des Weiterbildungsganges sei nur die Durchführung und Befundung von Proktoskopien und Rektoskopien, nicht jedoch von Ösophago-, Gastro- oder Duodenoskopien

nachzuweisen. Die Leistungen nach dem Strukturvertrag würden neben der Gesamtvergütung bezahlt. Wegen der Begrenztheit der Mittel sei es legitim, die Ressourcen nur auf die Arztgruppe zu beschränken, die diese Maßnahmen als prägende Leistungen durchführten. Die EBM-Nr.741 sei im Quartal 1/01 von nahezu der Hälfte der fachärztlichen Internisten erbracht wurden, aber nur von 5 % der Chirurgen. Nr.763 sei von 27 % der Internisten, aber nur von 5,6 % der Chirurgen erbracht worden. Die Kammer halte eine herausgehobene Vergütung in Randbereichen für bestimmte Erbringergruppen außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung für zulässig, sofern dadurch die Gesamtvergütung nicht zu sehr beschnitten werde. Davon könne angesichts der an den Kläger gezahlten Punktwerte nicht die Rede sein.

Der Kläger hat gegen dieses Urteil durch seine Bevollmächtigten Berufung eingelegt. Zur Begründung wurde u.a. ausgeführt, die Beschränkung des Strukturvertrages auf die Gruppe der fachärztlich tätigen Internisten sei wegen Verstoßes gegen den Gleichheitsgrundsatz und den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit rechtswidrig. Zwischen den Fachgebeiten der inneren Medizin und der Chirurgie bestehe, was die endoskopische Leistungserbringung betreffe, kein Unterschied von solchem Gewicht, dass eine Ungleichbehandlung gerechtfertigt wäre. Ziel des Strukturvertrages sei es, diese Leistungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu verlagern und die vorhandenen ambulanten Versorgungsmöglichkeiten zu optimieren (Präambel und § 1 des Strukturvertrages). Unter diesem Gesichtspunkt sei nicht ersichtlich, warum hier nur internistische Schwerpunktpraxen gefördert werden sollten. Der Kläger erfülle sämtliche Voraussetzungen, die an eine Schwerpunktpraxis zu stellen seien. Er biete umfassend alle Leistungen der totalen Koloskopie und auch die Gastroskopie an und erfülle sämtliche Qualitätsanforderungen. Im Gegensatz zu einem Internisten sei er bei festgestelltem weiteren Handlungsbedarf auch gleich in der Lage, kleinere chirurgische Eingriffe selbst durchzuführen, wodurch zusätzliche Kosten eingespart würden. Nach der Qualitätsvereinbarung zur Koloskopie vom 20. September 2002 seien zur Teilnahme ausschließlich Ärzte der Fachgruppen Innere Medizin und Chirurgie berechtigt. Das spreche dafür, dass bei den Chirurgen die Qualität als gleichstehend mit den Internisten angesehen werde. Der Kläger erbringe die streitgegenständlichen Leistungen mit Genehmigung der Beklagten und erfülle sämtliche geforderten Qualitätsvoraussetzungen. Die Qualität könne nur beim Führen einer Schwerpunktpraxis überhaupt aufrechterhalten werden, was in Anbetracht z.B. der Ausstattung, Fortbildung etc. der entsprechenden finanziellen Förderung bedürfe. Aus dem Weiterbildungsrecht könne nicht entnommen werden, dass die Chirurgen nicht die entsprechende Kompetenz zur koloskopischen Leistungserbringung hätten. Die chirurgische Weiterbildung im Rahmen der Koloskopie unterscheide sich nicht von der internistischen. Für beide Fachgebiete sei die selbstständige Durchführung und Befundung von 50 Proktoskopien und 50 Rektoskopien notwendig. Beide Gebiete erforderten hierfür eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten. Während bei der inneren Medizin die Endoskopie im Rahmen einer Einzelaufzählung genannt werde, würden bei den Chirurgen die instrumentellen Untersuchungsverfahren als Sammelbegriff genannt. Die Endoskopie sei gerade ein klassisches instrumentelles Untersuchungsverfahren in der Chirurgie. Zwar müssten die Internisten bei der Gastroskopie noch zusätzlich 100 Ösophago-Gastro-Duodenoskopien durchführen und an 25 Sigmoido-Koloskopien mitwirken. Dies betreffe aber die Nr.755 EBM, die nicht Gegenstand des Strukturvertrages und auch nicht Streitgegenstand sei. Insbesondere was die Koloskopie betreffe, könnten weder die Qualität der Leistungserbringung noch der Weiterbildungsinhalt Grundlage der Differenzierung sein. Auch bezüglich der übrigen endoskopischen Leistungen sei der Unterschied nicht von solchem Gewicht, dass die Differenzierung gerechtfertigt wäre, da die fachliche Kompetenz der Chirurgen auf alle Fälle gegeben sei. Auf die vom SG aufgegriffene Frage, ob die Leistung zum Kernbereich der Chirurgie gehöre, dürfe es nicht entscheidend ankommen. Diese Frage stehe in keinem Zusammenhang mit dem Regelungszweck des Strukturvertrages. Im Übrigen sei die totale Koloskopie auch für fachärztliche Internisten keineswegs prägend, da etwa die EBM-Nr.764 im Quartal 1/00 nur von 4,96 % der fachärztlichen Internisten erbracht worden sei. In den Quartalen 3/01 und 4/01 seien es nur jeweils 17 % gewesen (Werte der Bezirksstelle Oberbayern). Bei der Gastroskopie seien es im Quartal 1/00 nur 35,94 % und in den beiden anderen Quartalen nur knapp die Hälfte der Fachgruppe gewesen, die diese Leistungen erbracht hätten. Nach den im Urteil genannten Zahlen für das Quartal 1/00 werde die Nr.763 nur von 27 % der Internisten abgerechnet, sodass sie auch für dieses Gebiet nicht prägend sei. Auch wenn die Zahlen der Chirurgen mit 5,6 % noch niedriger lägen, könne dies kein geeignetes Unterscheidungsmerkmal sein. Im Übrigen sei der Anstieg bei den Internisten im Jahr 2001 gerade auf die finanzielle Förderung zurückzuführen, und könnte bei den Chirurgen im gleichen Maße erreicht werden, wenn sie daran teilnähmen.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 20. September 2002 sowie die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale 1/00, 3/01 und 4/01 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. April bzw. 27. Juni 2002 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, den Kläger hinsichtlich seiner Honoraransprüche für die Quartale 1/00, 3/01 und 4/01 erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu verbescheiden. Hilfsweise beantragt er die Zulassung der Revision.

Die Beklagte und die Beigeladene zu 1) beantragen, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Meinung, die Beschränkung der strukturellen Förderung auf die Internisten sei nicht aus sachfremden oder willkürlichen Gründen erfolgt. Die streitgegenständlichen Leistungen seien im Kapitel F "Internistische Leistungen" des EBM eingeordnet. Daran ändere sich auch nichts dadurch, dass aufgrund der Qualitätsvereinbarung gemäß § 135 Abs.2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) auch Chirurgen die Möglichkeit der Abrechnung der Koloskopie hätten. Die Gastroskopie nach EBM-Nr.741 sei ohnehin nicht Teil der Vereinbarung zur Qualitätssicherung. Aus Ziffer 13 Nr.1 10. Spiegelstrich WBO ergebe sich, dass für das Fachgebiet der inneren Medizin eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten bei den endoskopischen Untersuchungen gegeben sein müssten. Diese zählten mithin zum Kernbereich der inneren Medizin. Eine Entsprechung finde sich in Ziffer 5 WBO, in der das Fachgebiet der Chirurgie beschrieben werde, nicht. Im Quartal 1/00 hätten nur 5,38 % der in Bayern tätigen Chirurgen die Leistung nach EBM-Nr.741 erbracht. In einer Praxis werde sie durchschnittlich 26-mal pro Quartal erbracht. Nur 4,82 % rechneten die Nr.763 ab. In einer Praxis werde sie durchschnittlich ca. 34-mal erbracht. Die Ziffer 764 werde nur von 1,13 % der Chirurgen erbracht und zwar durchschnittlich in einer Praxis 3,5-mal pro Quartal. Damit verfehle der Durchschnitt der Praxen auch die geforderte Mindesthäufigkeit nach den Strukturverträgen deutlich. Anders sei es bei den bayerischen Internisten. In der Gruppe der fachärztlich tätigen Internisten werde die Leistung nach EBM-Nr.741 von 47,31 % erbracht und zwar durchschnittlich über 120-mal je Praxis pro Quartal. Die Leistung nach Nr.763 werde von 27,85 % erbracht, die Nr.764 noch von 18,32 %. In einer Praxis werde die Ziffer 763 durchschnittlich fast 63-mal im Quartal erbracht, die Nr.764 sogar 85-mal. Damit werde die Mindesthäufigkeit der Strukturverträge deutlich überschritten. Der Kläger könne nicht verlangen, entgegen den gesamtvertraglichen Bestimmungen bzw. den Bestimmungen des HVM in den streitigen Quartalen einen erhöhten Punktwert zu erhalten.

Von Klägerseite wurde ein Schreiben der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) vom 30. Oktober 2002 vorgelegt, aus dem sich ergebe, dass die Koloskopie in den Kernbereich der Chirurgie falle.

Dem Senat liegen die Akten der Beklagten, die Akten des SG mit den Az.: S 42 KA 993/02, S 42 KA 994/02 und S 42 KA 1468/02 sowie die

Berufungsakte mit dem Az.: L 12 KA 26/03 vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die nach § 143 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und gemäß § 151 Abs.1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, aber nicht begründet.

Die Beklagte hat die Honorare des Klägers in den streitgegenständlichen Quartalen in Anwendung ihres jeweils gültigen Honorarverteilungsmaßstabes zutreffend berechnet. Dabei ergaben sich Punktwerte in Höhe von 7,43 Pf. bei den Primärkassen bzw. 7,45 Pf. bei den Ersatzkassen im Quartal 1/00, von 6,62 Pf. bei den Primärkassen bzw. 7,88 Pf. bei den Ersatzkassen im Quartal 3/01 und 7,55 Pf. (Primärkassen) bzw. 8,55 Pf. (Ersatzkassen) im Quartal 4/01. Mit diesen Punktwerten wurden auch die endoskopisch/koloskopischen Leistungen nach EBM-Nrn.741 und 763 sowie die dazu gehörigen Zuschlagsnummern 765 und 768 vergütet. Der Kläger hat keinen Anspruch darauf, dass diese Leistungen in Anwendung des Strukturvertrages über die strukturelle und finanzielle Förderung ambulanter Operationen, ausgewählter belegärztlicher Leistungen und ausgewählter fachärztlicher internistischer Leistungen (sowie hausärztlicher Leistungen), Anlage 1 zum 19. bzw. 20. Gesamtvertrag bzw. in Anwendung der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns einerseits und dem Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V. sowie dem AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. über die finanzielle Förderung ambulanter Operationen, ausgewählter belegärztlicher, fachinternistischer und lungenärztlicher Leistungen im Jahre 2000 bzw. des Schiedsamtsbeschlusses vom 25. Oktober 2001 betreffend das Honorar Ersatzkassen 2001 (mit einem Punktwert von 9,5 Pf) vergütet werden.

Der im Jahr 2000 und damit im streitigen Quartal 1/00 geltende Strukturvertrag sah ausweislich seiner Präambel die strukturelle und finanzielle Förderung von ambulanten Operationen und ausgewählten belegärztlichen sowie fachärztlich-internistischen Leistungen durch niedergelassene Vertragsärzte vor. An diesem Vertrag konnten zugelassene Vertragsärzte teilnehmen, wenn sie bestimmte Qualifikationsvoraussetzungen bezüglich der Qualitätssicherung erfüllten (§ 2 Nr.1 in Verbindung mit § 4 des Vertrages). Gegenstand des Vertrages waren u.a. gemäß § 3 Nr.3 1. Spiegelstrich von fachärztlichen Internisten erbrachte Leistungen der Gastroenterologie nach Nr.741 EBM, wenn diese Leistungen in dem die Abrechnung betreffenden Quartal mindestens 100-mal für gesetzliche Krankenkassen (§ 4 SGB V) abgerechnet und anerkannt wurden, ferner Leistungen der Koloskopie nach Nrn.763, 764, 765 und 768 EBM, wenn die Leistungen nach den Nrn.763 und 764 im Abrechnungsquartal insgesamt mindestens 50-mal (inklusive Nr.9406) für gesetzliche Krankenkassen abgerechnet und anerkannt wurden (a.a.O. 3. Spiegelstrich). Diese Leistungen wurden gemäß § 5 der Vereinbarung mit einem Punktwert von 9,5 Pf. vergütet. Für den Ersatzkassenbereich sah die Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie den AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. für die finanzielle Förderung ambulanter Operationen, ausgewählter belegärztlicher, fachinternistischer und lungenärztlicher Leistungen im Jahre 2000 in § 1 4. und 6. Spie- gelstrich ebenfalls die Vergütung der vorgenannten Leistungen mit 9,5 Pf. pro Punkt vor, wenn sie von fachärztlichen Inter- nisten erbracht wurden. Die Finanzierung erfolgte seitens der Krankenkassen zusätzlich zur pauschalierten Gesamtvergütung (vgl. § 6 des Strukturvertrages). Diese Regelungen für das Jahr 2000 wurden mit der Anlage 1 zum 20. Nachtrag zum Gesamtvertrag für das Jahr 2001 fortgeschrieben. Für den Ersatzkassenbereich wurde durch Schiedsamtsbeschluss vom 25. Oktober 2001 Nr. I.2. der Regionalkassen-Strukturvertrag des Jahres 2001 übernommen.

Für alle streitigen Quartale sowohl für den Regionalkassenbereich als auch für den Ersatzkassenbereich gilt in gleicher Weise, dass in den Genuss des vertraglich vereinbarten Punktwerts von 9,5 Pf. für die hier streitgegenständlichen endoskopischen Leistungen allein fachärztliche Internisten gelangen, nicht aber Chirurgen, die diese Leistung erbringen. Darin sieht die Klägerseite eine mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit sowie dem Gleichheitsgrundsatz nicht zu verein- barende Bevorzugung der Internisten bzw. Benachteiligung der Chirurgen. Dieser Auffassung vermag sich der Senat nicht anzuschließen. Grundsätzlich erfolgt die Vergütung der Vertragsärzte aus der Gesamtvergütung, die von den Krankenkassen an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung gezahlt wird (§ 85 Abs.1 Satz 1 SGB V) und von dieser nach Maßgabe ihres Honorarverteilungsmaßstabes an ihre Mitglieder, die Vertragsärzte verteilt wird. Bei dieser Verteilung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen sich grundsätzlich an Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zu orientieren (vgl. § 85 Abs.4 Satz 3 SGB V) und insbesondere auch den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu beachten (vgl. BSG SozR 3-2500 § 85 Nr.4 S.22 und andere). Diese vom BSG in zahlreichen Urteilen herausgearbeiteten Grundsätze sind im vorliegenden Fall jedoch nur bedingt anwendbar, da es hier nicht um Maßnahmen der Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung geht, sondern um Vergütungen, die außerhalb der Gesamtvergütung aufgrund strukturvertraglicher Vereinbarung von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt werden. Dass die Beklagte den Kläger etwa dadurch benachteiligt hätte, dass die Honorarverteilung in einer für ihn ungünstigen Art und Weise unrechtmäßig erfolgt sei, wird von Klägerseite nicht behauptet.

Der Kläger könnte mit seinem noch in der ersten Instanz ausdrücklich verfolgten Begehren, die streitgegenständlichen Leistungen in gleicher Weise honoriert zu erhalten wie die fachärztlichen Internisten, nur dann obsiegen, wenn die Parteien des Strukturvertrages verpflichtet wären, auch die Chirurgen in den Kreis der Begünstigten aufzunehmen. Das ist nach der Auffassung des Senats nicht der Fall. Zunächst ist festzustellen, dass die Parteien der Gesamtverträge grundsätzlich überhaupt nicht verpflichtet sind, Strukturverträge zugunsten einzelner Leistungserbringer abzuschließen. Grundsätzlich erschöpft sich die Leistungspflicht der Krankenkassen, wie bereits ausgeführt wurde, in der Zahlung der Gesamtvergütung. Selbst wenn der Senat zu dem Ergebnis gelangt wäre, dass der Strukturvertrag in seiner Beschränkung auf die fachärztlichen Internisten bei der Vergütung der EBM-Nrn.741, 763, 765 und 768 mit einem Punktwert von 9,5 Pf. rechtswidrig wäre, ergäbe sich daraus noch kein Anspruch des Klägers auf Teilnahme an diesem Strukturvertrag und damit auf die dort vorgesehene Vergütung. Dies wird offenkundig auch von der Klägerseite so gesehen, da sie nur mehr die Neufestsetzung der Honorare der streitgegenständlichen Quartale nach Maßgabe der Rechtsauffassung des Gerichts beantragt hat. Aus einer Beanstandung des Strukturvertrags durch den Senat könnten die Vertragsparteien grundsätzlich auch die Konsequenz ziehen, diesen gänzlich abzuschaffen.

Der Senat ist jedoch der Auffassung, dass der Strukturvertrag rechtlich nicht zu beanstanden ist. Insbesondere verstößt er nicht gegen das Willkürverbot. Vielmehr haben sich die Vertragsparteien von rechtlich nicht zu beanstandenden Kriterien leiten lassen. Ziel des Vertrages ist es, Anreiz für die ambulante Durchführung bestimmter Operationen, ausgewählter belegärztlicher Leistungen sowie fachärztlich internistischer Leistungen durch niedergelassene Vertragsärzte zu schaffen. Damit soll erreicht werden, dass ein nicht unerheblicher Teil der in den Anlagen 1 und 2 der Bundespflegesatzverordnung aufgeführten stationären Operationen bzw. internistischen Leistungen bei gleicher

Qualität durch niedergelassene Vertragsärzte ambulant durchgeführt und dadurch teuere Krankenhausbehandlungen vermieden werden (Präambel des Strukturvertrages Satz 1 und 2). Dieses Ziel entspricht den Zielen des Gesetzgebers (vgl. §§ 115a Abs.1, 115b Abs.1 Satz 1 Nr.1, 116 SGB V). Es ist nicht zu beanstanden, wenn die Vertragsparteien dieses Ziel dadurch erreichen wollen, dass für die ambulante Erbringung von operativen Leistungen, die sonst stationär erbracht werden würden, feste, attraktive Vergütungen gezahlt werden, die insbesondere auch geeignet sind, eine kostendeckende Erbringung in der Praxis zu ermöglichen. Der Klägerseite ist zwar darin Recht zu geben, dass dieses Ziel auch dann - möglicherweise noch umfassender - erreicht wird, wenn die Vergünstigung nicht auf Internisten beschränkt wird, sondern auch andere Fachgruppen einbezogen werden, die zur ambulanten Erbringung der entsprechenden Leistungen in der Lage sind. Zweifellos wäre es nicht zu beanstanden und möglicherweise wünschenswert, wenn die Vertragsparteien auch andere Operateure, etwa Chirurgen, in die Vereinbarung aufgenommen hätten. Von Seiten der Beklagten wurde dies offenbar versucht. Eine Verpflichtung dazu besteht indessen nicht. Aus dem Gesetz kann eine Verpflichtung zum Abschluss diesbezüglicher Strukturverträge überhaupt nicht entnommen werden. Vielmehr handelt es sich um Vereinbarungen, mit denen insbesondere Ziele des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 72 Abs.2 SGB V) verfolgt werden, die aber ebenso auch auf andere Weise, etwa durch Leistungsbegrenzungen im HVM, Kopfpauschalen, Budgets oder Ähnliches erreicht werden können. Die Forderung nach einer Begrenzung der Aufgaben durch Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebotes ist ein tragendes Element des gesamten vertragsärztlichen Systems (vgl. §§ 12, 27, 28, 70, 72 Abs.2, 73a SGBV u.a.). Welche Wege dabei beschritten werden, liegt grundsätzlich im Ermessen der normgebenden Vertragsparteien. Diese sind dabei freilich an verfassungsrechtliche Vorgaben gebunden. Insbesondere dürfen sie nicht gegen das Willkürverbot und den allgemeinen Gleichheitssatz verstoßen (Art.3 Abs.1 GG).

Willkürlich ist die getroffene Regelung nicht, da sie durchaus geeignet erscheint, den angestrebten Normzweck zu erreichen, nämlich die Verlagerung von kostspieligen Leistungen aus dem stationären Bereich in den kostengünstigeren ambulanten Bereich. Dabei ist es auch nicht sachwidrig, wenn insbesondere von Seiten der Krankenkassen eine Beschränkung des Kreises der durch den Strukturvertrag Begünstigten für erforderlich gehalten wurde, da insgesamt nur begrenzte Mittel zur Verfügung stehen und namentlich der Grundsatz der Beitragsstabilität zu berücksichtigen ist (§ 71 Abs.1 SGB V). Dass dieser insbesondere auch beim Abschluss von Strukturverträgen zu beachten ist, geht aus § 73a Abs.1 Satz 1 letzter Halbsatz SGB V für Strukturverträge betreffend die hausärztliche Versorgung ausdrücklich hervor. Dazu ist die Beschränkung auf einen begrenzten Adressatenkreis grundsätzlich geeignet.

Die Beschränkung auf die fachärztlichen Internisten verstößt auch nicht gegen den Gleichheitssatz (Art.3 GG). Der Grundsatz der Gleichbehandlung erfordert, dass gleiche Tatbestände gleich behandelt und ungleiche ungleich behandelt werden. Bezüglich der Erbringung von endoskopischen Leistungen sind Chirurgen einerseits und Internisten andererseits aus rechtlicher Sicht nicht gleichgestellt, auch wenn es für den Patienten letztlich unerheblich sein mag, wer von beiden diese Leistungen erbringt, wenn dabei die geltenden Qualitätskriterien beachtet werden, was insbesondere bezüglich der Person des Klägers in keiner Weise in Zweifel gezogen werden soll. Der Strukturvertrag kann jedoch schon wegen seines über den Einzelfall hinausgehenden Normcharakters nicht auf den einzelnen Leistungserbringer abstellen. Es ist vielmehr zulässig, dass sich die Vertragsparteien daran orientieren, wer diese Leistung nach der Systematik der vertragsärztlichen Versorgung einerseits und nach den tatsächlichen Gegebenheiten andererseits typischerweise in der Regel erbringt. Im EBM sind die streitgegenständlichen Leistungen der Nrn.741, 763, 765 und 768 im Kapitel F IV. "Internistische Leistungen, Gastroenterologie" eingeordnet und nicht bei den chirurgischen Leistungen. Daraus folgt zwar nicht, dass Chirurgen diese Leistungen nicht erbringen dürften, es zeigt aber, dass nach der Meinung der Autoren des EBM eine besondere Zuständigkeit der Internisten hierfür gegeben ist. Dies ist ein Argument dafür, die Förderung dieser Leistungen den dafür primär zuständigen Internisten zukommen zu lassen. Die primäre Zuständigkeit (fachärztlicher) Internisten für diesen Leistungsbereich ergibt sich auch aus der WBO. Nach Ziffer 13 Nr.1 10. Spiegelstrich müssen Internisten eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten bei den endoskopischen Untersuchungen nachweisen. Nach den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung haben die Internisten die selbständige Durchführung und Befundung von 100 Ösophago-Gastro-Duodenoskopien, die selbständige Durchführung und Befundung von 50 Proktoskopien und 50 Rektoskopien und die Mitwirkung bei 25 Sigmoido-Koloskopien nachzuweisen. Zudem gibt es im Fachgebiet der inne- ren Medizin einen Schwerpunkt "Gastroenterologie", in dem die streitgegenständlichen Leistungen in noch intensiverer Weise erlernt und nachgewiesen werden. Demgegenüber umfasst das Gebiet der Chirurgie nach Nr.5 der Anlage zur WBO die Erkennung und Behandlung von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen entsprechend den Untersuchungsverfahren, konservativen und operativen Behandlungsverfahren des Gebiets einschließlich der gebietsbezogenen Intensivmedizin. Eingehende Kenntnisse werden im Rahmen der Weiterbildung in der Chirurgie speziell hinsichtlich endoskopischer Untersuchungsverfahren nicht gefordert. Allerdings sind nach den Weiterbildungsrichtlinien in der Weiterbildung 50 selbständig durchgeführte Proktoskopien und 50 Rektoskopien nachzuweisen. Gleichwohl ergibt sich damit, dass für den Internisten die Gastroenterologie zum Kernbereich des Fachgebiets gehört und einen besonderen Schwerpunkt darstellt, während sie im Bereich der Chirurgie zwar fachgebietskonform erbracht werden kann, aber keinen besonderen Schwerpunkt darstellt. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem von Klägerseite in das Verfahren eingebrachten Schreiben der BLÄK vom 30. Oktober 2002. Vielmehr folgt daraus nur, was im vorliegenden Fall völlig unbestritten ist, dass auch die Chirurgen Koloskopien fachgebietskonform erbringen dürfen. Es ist dennoch unter dem As-pekt der Weiterbildung und damit der Fachgebietszuständigkeit (vgl. z.B. BSG vom 20. September 2004, Az.: B 6 KA 32/03 R m.w.N.) nicht zu beanstanden, wenn die Parteien des Strukturvertrages diesen auf die für derartige Leistungen und darüber hinaus auch für die Gastroenterologie insgesamt in besonderer Weise zuständigen fachärztlichen Internisten beschränken.

Diese Vorgehensweise entspricht im Übrigen auch dem tatsächlichen Leistungsverhalten beider Facharztgruppen. Nach den von der Beklagten vorgelegten Zahlen, an denen zu zweifeln der Senat keine Veranlassung hat, wurde im Quartal 1/00 die EBM-Nr.741 nur von 5,38 % der in Bayern tätigen Chirurgen, aber von 47,31 % der fachärztlichen Internisten erbracht. Die Nr.763 rechneten nur 4,82 % der Chirurgen ab, aber 27,85 % der fachärztlichen Internisten. Auch innerhalb der diese Leistung erbringenden Praxen waren die Anzahlen bei den Chirurgen deutlich niedriger als bei den fachärztlichen Internisten (s.o.). Auch dies bestätigt, dass die streitgegenständlichen Leistungen typischwerweise dem Bereich der fachärztlichen Internisten zuzuordnen sind und nicht dem der Chirurgen. Dies rechtfertigt es, dass sich die Parteien des Strukturvertrages in typisierender Betrachtungsweise auf die fachärztlichen Internisten beschränkt haben bei der Förderung der ambulanten Leistungserbringung.

Mit dieser Rechtsprechung steht der Senat nicht im Gegensatz zum Urteil des BSG vom 20. Januar 1999, Az.: B 6 KA 9/98 R, (SozR 3-2500 § 87 Nr.21), in dem das BSG entschieden hatte, dass es rechtswidrig sei, dass die kontinuierliche Betreuung von Rheumapatienten gemäß EBM-Nr.16 im Bewertungsmaßstab vom 1. Januar 1996 allein den Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie vorbehalten war. Zum einen ging es damals um die Abrechenbarkeit der EBM-Nr.16 insgesamt, während im vorliegenden Rechtsstreit die Berechtigung der Chirurgen, die EBM-Nrn.741, 763, 764 und 768 abzurechnen, nicht in Frage steht. Diese werden auch nach der geltenden Regelung des

HVM zu dem dort üblichen Fachgruppenpunktwert vergütet. Des Weiteren stellte das BSG darauf ab, dass es mehr orthopädische Rheumatologen gab als internistische. Im vorliegenden Fall ist es umgekehrt: Gastroskopie und Kolo-skopie wurden sehr viel häufiger von fachärztlichen Internisten durchgeführt als von Chirurgen.

Zusammenfassend gelangt der Senat zu dem Ergebnis, dass es nicht zu beanstanden ist, dass die Parteien des Strukturvertrages die Honorierung der Gastroenterologie nach Nr.741 EBM, der Koloskopie nach den Nrn.763, 764 sowie der Zuschläge nach Nrn.765 und 768 EBM außerhalb der Gesamtvergütung mit einem festen Punktwert von 9,5 Pf. den fachärztlichen Internisten vorbehalten haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 SGG in Verbindung mit § 154 Abs.1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil es um die Rechtmäßigkeit eines bayerischen Strukturvertrages geht, der auf der Bayerischen Weiterbildungsordnung fußt, also einer landesrechtlichen Bestimmung. Der Senat weicht nicht von der Rechtsprechung des BSG ab.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2005-04-12