

B 6 KA 24/06 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

6
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KA 2699/03

Datum
10.11.2004
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 5774/04

Datum
23.11.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 24/06 R

Datum
27.06.2007
Kategorie
Urteil

Leitsätze

Einem hausärztlich tätigen Allgemeinarzt kann nicht gestattet werden, auch fachärztlich gastroenterologische Leistungen abzurechnen (Fortführung von BSG [SozR 4-2500 § 73 Nr 1](#)). Eine entsprechende Abrechnungsbefugnis lässt sich nicht auf die Entscheidung des BVerfG vom 6.12.2005 ([BVerfGE 115, 25](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr 5](#)) stützen.

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 23. November 2005 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten auch für das Revisionsverfahren, mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu 2 bis 7.

Gründe:

I

1

Streitig ist die Berechtigung eines an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinarztes, auch fachärztliche Leistungen abzurechnen.

2

Der Kläger ist seit 1986 als Arzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er betreibt eine Praxis in L. und nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Er erbrachte früher auch gastroenterologische Leistungen, nämlich Ösophago-, Gastro-, Duodeno- und Koloskopien. Die Berechtigung hierzu endete für an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte mit Ablauf der im sog Hausarztvertrag bis zum 31.12.2002 bestimmten Übergangsfrist. Vor deren Ablauf beantragte der Kläger beim Zulassungsausschuss, die Ösophago- und Koloskopien nach Nr 740, 760 und 763 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä in der damaligen Fassung (aF)) auch noch nach dem 31.12.2002 abrechnen zu dürfen (Antrag vom 10.10.2002). Der Zulassungs- und der beklagte Berufungsausschuss lehnten dies im Hinblick auf die Regelungen des Hausarztvertrages ab. Zur Begründung führte der Beklagte weiter aus, mangels analoger Anwendbarkeit des [§ 73 Abs 1a Satz 3 SGB V](#) sei für Bedarfserwägungen kein Raum. Die in Satz 5 aaO für Allgemeinärzte vorgesehene Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung käme nur für solche in Betracht, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbrächten; der Kläger habe aber die genannten besonderen Leistungen in den Quartalen I bis IV/2002 nur in einem Umfang von weniger als 1% erbracht (Bescheid vom 7.7.2003).

3

Die Klage ist ohne Erfolg geblieben (Urteil des Sozialgerichts vom 10.11.2004). Im Berufungsverfahren hat der Kläger klargestellt, dass er die Genehmigung für die weitere Abrechnung der genannten Leistungen bis zum 31.12.2004 begehre, und hat nach Ablauf des Jahres 2004 das Verfahren in Gestalt einer Fortsetzungsfeststellungsklage weitergeführt. Wegen des Zeitraums nach dem 31.12.2004 ist ein gesonderter Bescheid vom 14.12.2004 ergangen und ein weiterer Rechtsstreit anhängig, der derzeit ruht.

4

Das Landessozialgericht (LSG) hat die Fortsetzungsfeststellungsklage abgewiesen (Urteil vom 23.11.2005). Sie sei zulässig, aber unbegründet. Der Kläger könne eine gleichzeitige Teilnahme an der haus- und an der fachärztlichen Versorgung nicht beanspruchen, nicht

einmal für eine Übergangszeit und auch nicht in der Weise, dass er als zur hausärztlichen Versorgung gehörender Allgemeinarzt einzelne spezielle fachärztliche Leistungen abrechnen dürfe. Die Regelungen des [§ 73 Abs 1a SGB V](#) sähen nur für eng begrenzte Fälle eine gleichzeitige Tätigkeit in der haus- und fachärztlichen Versorgung vor. Die für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung bestehenden Sonderbestimmungen könnten nicht analog auf Allgemeinärzte angewendet werden. Dies sei auch nicht dann möglich, wenn ein lokaler oder regionaler Versorgungsbedarf an speziellen fachärztlichen Leistungen bestehe und ein dort zugelassener Allgemeinarzt zu deren Erbringung befähigt und bereit sei, wie es der Kläger für die Ösophago- und Koloskopien geltend mache. Eine Verfassungswidrigkeit sei nicht gegeben.

5

Mit seiner Revision rügt der Kläger die Verletzung von Bundesrecht. Die Vorinstanzen sähen die Grenzen einer möglichen analogen Anwendung der Regelung in [§ 73 Abs 1a Satz 3 SGB V](#) zu eng. Bei regional unzureichender Versorgung sei die analoge Anwendung geboten. Aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 6.12.2005 ergebe sich ein Gebot von hohem Rang, Versorgungslücken und Unterversorgung zu vermeiden ([BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr 5](#)). Dementsprechend bedürften die bisherigen Aussagen des Bundessozialgerichts (BSG) zu [§ 73 Abs 1a SGB V](#) (Urteil vom 31.5.2006, [SozR 4-2500 § 73 Nr 1](#)) der Weiterentwicklung. Lokale Versorgungslücken seien ungeachtet der grundsätzlich verfassungsgemäßen Trennung von haus- und fachärztlicher Versorgung erforderlichenfalls dadurch zu schließen, dass Allgemeinärzten die ergänzende Abrechnung fachärztlicher Leistungen gestattet werde. Den hohen Rang des Ziels der Vermeidung von Unterversorgungen habe der Gesetzgeber dadurch bestätigt, dass er zum 1.1.2007 für unterversorgte Bereiche Ausnahmen von der 68-Jahre-Altersgrenze vorgesehen habe. Die Notwendigkeit, in solchen Fällen Allgemeinärzten auch fachärztliche Leistungen zu gestatten, folge zugleich aus deren Grundrecht auf berufliche Betätigungsfreiheit. Diese dürfe ihnen nicht - zB im Falle anderweitig nicht schließbarer Versorgungslücken - rechtswidrig beschränkt werden. Aus alledem folge ein Anspruch des Klägers zumindest auf eine zeitlich befristete Ermächtigung zur Abrechnung von Ösophago- und Koloskopien nach den Nr 740, 760, 763 EBM-Ä aF.

6

Der Kläger beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 23.11.2005 und des Sozialgerichts Freiburg vom 10.11.2004 sowie den Bescheid des Beklagten vom 7.7.2003 aufzuheben und festzustellen, dass die Versagung der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen nach den Nr 740, 760 und 763 EBM-Ä aF für die Zeit vom 1.1.2003 bis zum 31.12.2004 rechtswidrig war, hilfsweise, den Antrag unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

7

Der Beklagte und die zu 1. beigefügte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) beantragen, die Revision zurückzuweisen.

8

Sie halten das angefochtene Urteil für zutreffend. Das Begehren des Klägers führe im Ergebnis zur analogen Anwendung des [§ 73 Abs 1a Satz 3 SGB V](#) auf Allgemeinärzte. Dem könne nicht gefolgt werden. Dies gelte zumal für den vorliegenden Fall, denn Ösophago- und Koloskopien würden in einer für die Versicherten durchaus zumutbaren Entfernung, nämlich in L. bzw Sch., von anderen Ärzten angeboten, wie die Beigeladene zu 1. im Verwaltungsverfahren im Einzelnen dargelegt habe. Mithin bestehe keine Versorgungslücke, die eine Fortentwicklung der Rechtsprechung zu [§ 73 Abs 1a](#) Sätze 3 und [5 SGB V](#) erfordern könnte.

9

Die Beigeladenen zu 2. bis 7. haben keine Sachanträge gestellt und sich nicht zur Sache geäußert.

II

10

Die Revision des Klägers ist nicht begründet. Zutreffend haben die Vorinstanzen entschieden, dass die Entscheidung des Beklagten, dem Kläger die Abrechnung fachärztlicher Leistungen nicht zu gestatten, rechtmäßig war.

11

Das Verfahren wird - im Hauptantrag - zutreffend im Wege der Fortsetzungsfeststellungsklage geführt. Die vom Kläger im Berufungsverfahren vorgenommene Umstellung der Verpflichtungs- in eine Fortsetzungsfeststellungsklage ist als Antragsänderung nach [§ 99 Abs 3 Nr 3 SGG](#) zulässig (s zB BSG [SozR 4-2500 § 116 Nr 3](#) RdNr 14 mwN). Das zu Recht zunächst im Wege der Verpflichtungsklage verfolgte Begehren hat sich dadurch iS des [§ 131 Abs 1 Satz 3 SGG](#) erledigt, dass der im angefochtenen Bescheid vom 7.7.2003 beschiedene Zeitraum vom 1.1.2003 bis zum 31.12.2004 abgelaufen ist (zur entsprechenden Anwendbarkeit des [§ 131 Abs 1 Satz 3 SGG](#) auf Verpflichtungsklagen s BSG aaO mwN). Das gemäß [§ 131 Abs 1 Satz 3 SGG](#) neben dem Erledigungseintritt zusätzlich erforderliche Feststellungsinteresse ist unter dem Gesichtspunkt der Wiederholungsgefahr gegeben, denn die Klärung der im vorliegenden Rechtsstreit zu entscheidenden Rechtsfrage ist für das Verhältnis der Beteiligten weiterhin relevant (zu diesem Gesichtspunkt s BSG aaO mwN). Dies hat die weitere Entwicklung gezeigt; dem Kläger ist auch für Folgezeiträume die von ihm begehrte Leistungsabrechnung nicht gestattet worden.

12

In der Sache ist die Revision des Klägers aber nicht begründet. Das LSG hat zu Recht festgestellt, dass die Versagung gleichzeitiger Teilnahme an der haus- und fachärztlichen Versorgung rechtmäßig war, weil ihm als an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinarzt die Abrechnung fachärztlicher Leistungen nicht gestattet werden kann.

13

Nach der durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21.12.1992 ([BGBl I 2266](#)) zum 1.1.1993 geschaffenen Regelung des [§ 73 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) gliedert sich die vertragsärztliche Versorgung 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 ist vom BSG und vom BVerfG als rechtmäßig beurteilt worden (vgl zuletzt BSG, Urteil vom 31.5.2006 - [B 6 KA 74/04 R](#) -, [SozR 4-2500 § 73 Nr 1](#) RdNr 11 mwN und mit Hinweis auf BVerfG (Kammer) [SozR 3-2500 § 73 Nr 3](#) S 16 f = [NJW 1999, 2730](#), 2731). Die Gründe, die die Begrenzung der beruflichen Tätigkeit durch Zuordnung zu bestimmten Versorgungsbereichen rechtfertigen, ergeben sich aus den Zielen, die Funktion des Hausarztes zu stärken, der ständigen Zunahme spezieller fachärztlicher Leistungen entgegenzuwirken, dadurch ökonomische Fehlentwicklungen in der vertragsärztlichen Versorgung zu beseitigen und so die Qualität der Versorgung der Patienten sowie die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern (vgl BSG aaO RdNr 11 mwN). Daran hält der Senat fest.

14

Ausnahmen von dem Grundsatz, dass Vertragsärzte Leistungen nur in ihrem jeweiligen Versorgungsbereich abrechnen dürfen, sind nur in engem Rahmen vorgesehen (vgl BSG aaO RdNr 12 mwN). So bestimmt [§ 73 Abs 1a Satz 3 SGB V](#), dass der Zulassungsausschuss für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine von der in Satz 1 aaO normierten Trennung abweichende - befristete - Regelung treffen kann, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung sonst nicht gewährleistet ist. Gemäß [§ 73 Abs 1a Satz 4 SGB V](#) können Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Nach [§ 73 Abs 1a Satz 5 SGB V](#) kann der Zulassungsausschuss ferner Allgemeinärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen.

15

Die Bestimmung von Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung ist durch [§ 73 Abs 1c Satz 1 SGB V](#) den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung übertragen worden. Dem sind diese Vertragspartner mit dem sog Hausarztvertrag nachgekommen. Bei dem Hausarztvertrag handelt es sich um einen auf der gesetzlichen Grundlage des [§ 73 Abs 1c Satz 1 SGB V](#) geschaffenen Vertrag mit normativer Wirkung (zur Normsetzung durch Vertrag im Vertragsarztrecht s BSG [SozR 4-2500 § 73 Nr 1](#) RdNr 13 mit Bezugnahme auf [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), jeweils RdNr 65 ff), der - sofern er rechtmäßig ist - Bindungswirkung auch gegenüber den Vertragsärzten entfaltet ([§ 95 Abs 3 Satz 3 SGB V](#)). Die Vertragspartner haben darin bestimmt, dass an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte bestimmte fachärztliche Leistungen - sog K.o.-Katalog - weiterhin für eine Übergangszeit - bis zum 31.12.2002 - abrechnen durften (jeweils Anlage 5 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte und Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen: Vertrag über die hausärztliche Versorgung vom 6.9.1993, DÄ 1993, A-2716, in Kraft getreten am 1.1.1994, mit Änderungen zuletzt zum 1.10.2000, DÄ 2000, A-1925, - vgl dort [§ 9 Abs 1 iVm § 6 Abs 1](#) und [2 iVm](#) der Liste gemäß [§ 6 Abs 2](#) des Vertrags, diese beschlossen durch Vereinbarung vom 17.3.1994, DÄ 1994, A-916, mit späteren Änderungen). Zu den Leistungen, die nach dem 31.12.2002 nicht mehr von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen, gehören auch die Ösophagoskopien und Koloskopien nach Nr 740, 760 und 763 EBM-Ä aF (s die genannte Liste gemäß [§ 6 Abs 2 aaO](#)).

16

Die Zuordnung bestimmter vertragsärztlicher Leistungen zum haus- oder zum fachärztlichen Versorgungsbereich beruht aber nicht allein auf den Regelungen des Hausarztvertrages. Das Gesetz ([§ 87 Abs 2a Satz 5 f](#) (bis 31.12.2003 Satz 4, seit 1.4.2007 Satz 1 f) SGB V) hat auch dem Bewertungsausschuss aufgegeben, entsprechend der gesetzlichen Vorgabe in [§ 87 Abs 2a Satz 5 f](#) SGB V die vertragsärztlichen Leistungen in solche, die von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden, und solche, die von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten zu erbringen sind, zu gliedern (vgl BSG [SozR 4-2500 § 73 Nr 1](#) RdNr 14). Auf dieser Rechtsgrundlage hat der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 20.6.2000 (DÄ 2000, A-1920 ff) ua die Leistungen nach Nr 731 bis 741 und 760 bis 764 EBM-Ä aF, zu denen die vorliegend betroffenen gehören, ausschließlich dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet (aaO Tabelle 3 unter F IV., DÄ aaO A-1924 mit der ergänzenden Klarstellung, dass Hausärzte sie nur noch übergangsweise bis Ende 2002 abrechnen durften).

17

Nach diesen Regelungen kann dem Kläger nicht gestattet werden, nach dem 1.1.2003 weiterhin Ösophago- und Koloskopien abzurechnen. Er ist als Allgemeinarzt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und nimmt gemäß [§ 73 Abs 1a Satz 1 SGB V](#), [§ 3](#) Hausarztvertrag ausschließlich an der hausärztlichen Versorgung teil mit der Folge, dass er seit dem 1.1.2003 in der vertragsärztlichen Versorgung nur diejenigen Leistungen abrechnen darf, die nach der vom Bewertungsausschuss vorgenommenen Aufgliederung dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet worden sind. Bei dieser rechtlich vorgegebenen Zuordnung bleibt kein Raum dafür, besondere persönliche Befähigungen und Erfahrungen in der Erbringung bestimmter spezieller Leistungen zu berücksichtigen (zur vergleichbaren Problematik bei Fachgebietsabgrenzungen s BSG [SozR 3-2500 § 95 Nr 7](#) S 29; [SozR 4-2500 § 95 Nr 7](#) RdNr 11; [BSGE 93, 170](#) = [SozR 4-2500 § 95 Nr 8](#), jeweils RdNr 15, und BSG, Urteil vom 22.3.2006 - [B 6 KA 75/04 R](#) -, USK 2006-92 S 614 = juris RdNr 14 f, - jeweils mwN).

18

Eine analoge Anwendung des [§ 73 Abs 1a Satz 3 SGB V](#), der übergreifend eine befristete sowohl hausärztliche als auch fachärztliche Tätigkeit bei entsprechendem Versorgungsbedarf ermöglicht, kommt nicht in Betracht. Diese Bestimmung, die eine solche Möglichkeit nur für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung vorsieht, kann nicht auf Allgemeinärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, erstreckt werden. Für eine analoge Anwendung müssten eine unbewusste planwidrige Regelungslücke und eine Gleichartigkeit der zu regelnden Sachverhalte vorliegen (vgl dazu zB [BVerfGE 82, 6](#), 11 f; [116, 69](#), 83, 84; BSG [SozR 4-1300 § 63 Nr 3](#) RdNr

14 mwN, auch zur Veröffentlichung in [BSGE 96, 257](#) vorgesehen). Diese Voraussetzungen liegen nicht vor. Es fehlt schon an der Regelungslücke, denn der Gesetzgeber hat die Zuordnung zur haus- oder zur fachärztlichen Versorgung umfassend geregelt (so schon BSG [SozR 4-2500 § 73 Nr 1](#) RdNr 16). Er hat in [§ 73 Abs 1a Satz 1 Nr 1 bis 5 SGB V](#) zahlreiche einzelne Arztgruppen aufgeführt und deren Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung vorgeschrieben. Für alle "übrigen Fachärzte" hat er in Satz 2 aaO die Zuordnung zur fachärztlichen Versorgung vorgenommen. Damit hat der Gesetzgeber ausweislich der Begründung, die er im Verfahren zur Änderung dieser Bestimmung durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 ([BGBl I 2626](#)) gegeben hat, "alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte" erfassen und sie "entweder der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung" zuordnen wollen (Beschlussempfehlung und Bericht des BT-Ausschusses für Gesundheit, [BT-Drucks 14/1977, S 163](#) zu § 73 Abs 1a). Ausnahmeregelungen hat er in den - bereits erwähnten - detaillierten Varianten der Sätze 3 bis 5 aaO vorgesehen, mit denen er auch - in Satz 3 - eine Bestimmung für den Fall von Versorgungslücken und - in Satz 5 - eine Sonderregelung für spezialisierte Allgemeinärzte getroffen hat. Angesichts dieser umfassenden und ins Einzelne gehenden Bestimmungen kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Regelung lückenhaft ist (vgl dazu BSG 4-2500 § 73 Nr 1 RdNr 16 mwN).

19

Auch unter dem Gesichtspunkt des Gleichbehandlungsgebots des [Art 3 Abs 1 GG](#) kommt eine Einbeziehung der Allgemeinärzte in die Regelung des [§ 73 Abs 1a Satz 3 SGB V](#) nicht in Betracht. Die Begrenzung der Regelung des Satzes 3 aaO auf Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung ist nicht zu beanstanden (vgl BSG 4-2500 § 73 Nr 1 RdNr 17). Sie ist durch ausreichende sachliche Gründe gerechtfertigt (zu diesem Kriterium im Einzelnen vgl zB [BVerfGE 105, 73](#), 110 f = [SozR 3-1100 Art 3 Nr 176 S 173](#)). Die beiden in der Vorschrift berücksichtigten Arztgruppen, die Kinderärzte und die Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, weisen ungeachtet dessen, dass sie nach der Grundsatzregelung des [§ 73 Abs 1a Satz 1 Nr 2](#) und 3 SGB V der hausärztlichen Versorgung zugeordnet sind, eine Nähe zum fachärztlichen Bereich auf, wie sie bei der Arztgruppe der Allgemeinärzte nicht vorliegt. Kinderärzte haben einerseits ein den Allgemeinärzten vergleichbares umfassendes Leistungsspektrum, sind aber andererseits auf die Behandlung von Kindern beschränkt; Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung sind Fachärzte, stehen aber wegen des Fehlens eines speziellen Schwerpunkts in ihrer Versorgungsfunktion den Allgemeinärzten nahe. Insofern trifft die Begründung des Gesetzgebers zu, dass diese beiden Arztgruppen "für die Teilnahme in beiden Versorgungsbereichen qualifiziert" sind (vgl Begründung zum Entwurf des GSG, [BT-Drucks 12/3608, S 83](#) zu Nr 33 Buchst b). Die Besonderheiten dieser beiden Arztgruppen stellen einen ausreichenden sachlichen Grund dar, ihnen - im Falle entsprechenden Versorgungsbedarfs und demgemäß befristet - die gleichzeitige hausärztliche und fachärztliche Tätigkeit zu ermöglichen, dies aber anderen Arztgruppen zu versagen, die keine solche Nähe zugleich zur hausärztlichen und zur fachärztlichen Versorgung aufweisen (s BSG aaO mwN). Der Ausschluss der Allgemeinärzte von der gleichzeitigen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung hat einen zusätzlichen sachlichen Grund darin, dass ihnen die hausärztliche Betreuung mit den Schwerpunkten der allgemeinen - auch langfristigen - Betreuung, der Koordination fachärztlicher Inanspruchnahmen und der zentralen Dokumentation zugewiesen ist (vgl zu den Funktionen hausärztlicher Versorgung im Einzelnen: [§ 73 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) und § 2 des Hausarztvertrages), wofür sie die gesonderte hausärztliche Grundvergütung erhalten. Der Gesetzgeber hat die Konzentration auf die Wahrnehmung dieser Versorgungsfunktionen nicht durch die Möglichkeit gleichzeitiger fachärztlicher Tätigkeit beeinträchtigen wollen (zur Zulässigkeit unterschiedlicher Behandlung verschiedener Arztgruppen vgl zB [BSGE 96, 53](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 23](#), jeweils RdNr 41 bis 43 mwN, und BSG [SozR 4-2500 § 73 Nr 1](#) RdNr 17). Er durfte den Ausschluss der Allgemeinärzte von der gleichzeitigen Abrechnung fachärztlicher Leistungen pauschal für diese gesamte Arztgruppe normieren und musste nicht Ausnahmen für solche Allgemeinärzte ermöglichen, die auch fachärztliche Qualifikationen haben und/oder spezielle fachärztliche Leistungen schon seit Langem erbracht haben. Denn der Gesetzgeber ist befugt, generalisierende, typisierende, schematisierende und pauschalierende Regelungen zu treffen (stRspr des BVerfG und des BSG, zB [BVerfGE 116, 164](#), 182 f; [BSGE 96, 53](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 23](#), jeweils RdNr 37; BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 27](#) RdNr 16). Um Besonderheiten in Einzelfällen Rechnung zu tragen, reicht die Regelung des [§ 73 Abs 1a Satz 5 SGB V](#) aus, auf deren Grundlage Allgemeinärzte, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, die ausschließliche Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung beantragen können (BSG [SozR 4-2500 § 73 Nr 1](#) RdNr 17).

20

Der Kläger macht weiter geltend, dem Gesichtspunkt der Versorgung komme mit Blick auf die Entscheidung des BVerfG vom 6.12.2005 ([BVerfGE 115, 25](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr 5](#)) - wegen [Art 2 Abs 1 GG](#) iVm dem Sozialstaatsprinzip und wegen [Art 2 Abs 2 Satz 1 GG](#) iVm der daraus abzuleitenden Schutzpflicht - ein so hoher Stellenwert zu, dass zur Schließung lokaler Versorgungslücken bei einzelnen fachärztlichen Leistungen - wie zB bei Ösophago- und Koloskopien - leistungsbereiten Allgemeinärzten die ergänzende Abrechnung dieser fachärztlichen Leistungen gestattet werden müsse. Dem ist nicht zu folgen. Diese Rechtsfolge lässt sich aus den Verfassungsnormen und der diese konkretisierenden Entscheidung des BVerfG vom 6.12.2005 nicht ableiten. Deren verfassungsrechtliche Forderung nach einer Mindestversorgung (BVerfG aaO S 48/49 bzw RdNr 31/32) und nach einer dem entsprechenden fachgerichtlichen Gesetzesauslegung bzw -anwendung betrifft Fallgestaltungen, die sich von der hier vorliegenden maßgeblich unterscheiden. Das BVerfG fordert, dass den Versicherten auch schulmedizinisch nicht anerkannte Behandlungsmethoden zugänglich sein müssen, soweit für lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankungen keine anerkannten Therapien zur Verfügung stehen. Vorliegend sind dagegen Ösophago- und Koloskopien betroffen. Diese sind - im Unterschied zu dem vom BVerfG beurteilten Heilverfahren - anerkannte Untersuchungsmethoden, die in der vertragsärztlichen Versorgung generell zur Verfügung stehen. Im Übrigen werden Ösophago- und Koloskopien nach den Darlegungen der Beigeladenen zu 1. ohnehin im nahen Umkreis zur Praxis des Klägers - in den zumutbar erreichbaren Städten L. und Sch. - von Fachärzten angeboten, was der Kläger nicht in Frage stellt. Ein weiterer wichtiger Unterschied zu der vom BVerfG entschiedenen Konstellation besteht darin, dass im Falle von Ösophago- und Koloskopien im Grundsatz keine Erkrankungen in Frage stehen, die lebensbedrohlich sind oder regelmäßig tödlich verlaufen. Sofern ein Notfall vorliegt, ist ohnehin jeder dazu befähigte Arzt zu entsprechender Leistungserbringung und -abrechnung berechtigt. Mithin lässt sich aus der Entscheidung des BVerfG vom 6.12.2005 nicht ableiten, lokale Versorgungslücken bei fachärztlichen Leistungen seien dadurch zu schließen, dass entsprechend qualifizierten Allgemeinärzten deren ergänzende Abrechnung gestattet wird.

21

Die Versagung zusätzlicher Abrechnung fachärztlicher Leistungen ist auch nicht unter dem Gesichtspunkt unzureichender Übergangsbestimmungen zu beanstanden. Denn die Vorgaben der Trennung des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichs sind bereits im Dezember 1992 durch das GSG getroffen und mit Wirkung zum 1.1.1994 durch den Hausarztvertrag konkretisiert worden.

Seitdem hatten die Allgemeinärzte insgesamt neun Jahre Zeit - bis zum 31.12.2002 -, um sich auf die Rechtsänderungen einzustellen und die Wahlentscheidung zu treffen, ob sie an der hausärztlichen oder - im Sinne von [§ 73 Abs 1a Satz 5 SGB V](#) - an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen wollen. Die konkreten Leistungstatbestände, deren Abrechnung den Allgemeinärzten ab dem 1.1.2003 nicht mehr gestattet sein sollte, waren überwiegend schon im März 1994 festgelegt worden; dies umfasste auch die vorliegend betroffenen Nr 760 und 763 EBM-Ä aF (s Liste gemäß § 6 Abs 2 des Vertrags, beschlossen durch Vereinbarung vom 17.3.1994, DÄ 1994, A-916 - unter Einschluss der Nr 760, 763 EBM-Ä aF; zur Aufnahme der Nr 740 EBM-Ä aF s DÄ 2000, A-1925). Bei dieser Sachlage ist ein Anhaltspunkt für einen Verstoß gegen den Grundsatz des Vertrauensschutzes nicht gegeben (zu Übergangsregelungen und -fristen vgl die BSG-Angaben in BSG [SozR 4-2500 § 73 Nr 1](#) RdNr 18).

22

Der Kläger kann einen Anspruch auf gleichzeitige Teilnahme an der haus- und an der fachärztlichen Versorgung schließlich nicht daraus herleiten, dass im Bezirk der Beigeladenen zu 1. anderen Allgemeinärzten in früheren Zeiten gestattet worden sein soll, auch über den 31.12.2002 hinaus fachärztliche Leistungen abzurechnen. Solche Genehmigungen wären rechtswidrig gewesen, wie sich aus obigen Ausführungen ergibt. Ein schutzwürdiges Vertrauen kann sich wegen der Bindung der Verwaltung an Gesetz und Recht (Rechtsstaatsprinzip des [Art 20 Abs 3 GG](#)) nicht auf eine rechtswidrige Verwaltungspraxis gründen, sodass bei gleicher Sachlage künftig wieder in gleicher Weise falsch entschieden werden müsste. Einen "Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht" kennt die Rechtsordnung nicht (so zuletzt BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr 1](#) RdNr 20 und Urteil vom 11.10.2006 - [B 6 KA 35/05 R](#) -, USK 2006-97 S 647 = [GesR 2007, 160](#), 161 = juris RdNr 18, auch zur Veröffentlichung in SozR 4-5533 Nr 40 vorgesehen, jeweils mwN).

23

Nach alledem sind sowohl der Hauptantrag des Klägers, mit dem er die Feststellung der Rechtswidrigkeit des Ablehnungsbescheides begehrt, als auch sein auf Neubescheidung gerichteter Hilfsantrag unbegründet.

24

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach trägt der Kläger im Verhältnis zum Beklagten die Kosten des von ihm geführten erfolglosen Rechtsmittels ([§ 154 Abs 2 VwGO](#)) einschließlich der Kosten der Beigeladenen zu 1., die sich am Verfahren beteiligt und auch Anträge gestellt hat ([§ 162 Abs 3 VwGO](#)). Eine Erstattung von Kosten der übrigen Beigeladenen ist nicht veranlasst, weil sie sich im Verfahren nicht beteiligt haben ([§ 162 Abs 3 VwGO](#); vgl BSG [SozR 4-1300 § 63 Nr 3](#) RdNr 16, zur Veröffentlichung auch in [BSGE 96, 257](#) vorgesehen).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2008-01-14