S 3 KA 382/03

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hamburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Hamburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	2
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 KA 382/03
Datum	09.06.2004

2. Instanz

Aktenzeichen	L 2 KA 12/04
Datum	09.02.2005

3. Instanz

Datum	-

1. Auf die Berufung des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 9. Juni 2004 aufgehoben und die Klage abgewiesen. 2. Die KlÃ¤gerin hat die Gerichtskosten und die auÃ□ergerichtlichen Kosten des Beklagten zu tragen. AuÃ□ergerichtliche Kosten der Beigeladenen sind nicht zu erstatten. 3. Der Streitwert wird auf 11.000,- EUR festgesetzt. 4. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die KlÃ¤gerin will als hausÃ¤rztliche Internistin Ã¼ber den 31. Dezember 2002 hinaus Leistungen nach Nr. 741 des Einheitlichen BewertungsmaÃ□stabes (EBM) erbringen und abrechnen.

Die 1961 geborene, 1991 approbierte KlÃ¤gerin erhielt 1997 die Facharztanerkennung fÃ¼r Innere Medizin. Der Zulassungsausschuss lieÃ□ sie 1998 antragsgemÃ¤Ã□ zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung als "hausÃ¤rztliche Internistin" zu. Sie nahm ihre vertragsÃ¤rztliche Praxis in Blankenese zum 1. November 1998 auf. Im FrÃ¼hjahr 1999 stattete sie ihre Praxis mit einem Gastroskop aus. Seither und bis zum Jahresende 2002 wurden ihr von der Beigeladenen zu 1) nach Nr. 741 EBM erbrachte Leistungen vergÃ¼tet.

Den von der KlÃ¤gerin am 13. September 2002 gestellten Antrag, Ã¼ber den 31. Dezember 2002 hinaus Leistungen nach Nr. 741 erbringen und abrechnen zu dÃ¼rfen, lehnte der Zulassungsausschuss, dem bei der Beschlussfassung Stellungnahmen der Beigeladenen zu 1) vom 13. Juni, 21. August und 15. November 2002 sowie statistische Erhebungen vom 19. August und 6. November 2002 Ã¼ber AbrechnungshÃ¤ufigkeiten der Nr. 741 EBM vorlagen, ab (Beschluss vom 11. Dezember 2002). Mit dem Auslaufen der Ãbergangsregelung des Vertrages Ã¼ber die hausÃ¤rztliche Versorgung ("Hausarzt-Vertrag" vom 6. September 1993, Deutsches Ãrzteblatt (DÃ) 1993, Heft 41, zuletzt geÃ¤ndert durch Beschluss vom 20. Juni 2000, DÃ 2000, S. A-1925, = Anlage 5 zum Bundesmantelvertrag Ãrzte (BMV-Ã) vom 19. Dezember 1994, DÃ 1995, S. A-455, und zum Bundesmantelvertrag-Ãrzte-/Ersatzkassen (EKV) in der ab 1. Juli 1994 geltenden Fassung, DÃ 1994, S. A-1465) kÃ¶nnten hausÃ¤rztliche Internisten u. a. fachÃ¤rztliche Leistungen nach Nr. 741 EBM Ã¼ber den 31. Dezember 2002 hinaus befristet nur dann noch erbringen und abrechnen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung ansonsten nicht gewÃ¤hrleistet sei. Diese Voraussetzungen lÃ¤gen nicht vor. Es sei davon auszugehen, dass die bisher (noch) von den HausÃ¤rzten erbrachten Leistungen nach Nr. 741 EBM ab 1. Januar 2003 in Hamburg problemlos von den fachÃ¤rztlichen Internisten Ã¼bernommen werden kÃ¶nnten. FÃ¼r den Fall, dass eine wohnortnahe Versorgung in Blankenese mit fachÃ¤rztlichen Leistungen nach Nr. 741 EBM nicht mehr erfolgen kÃ¶nne, mÃ¼ssten die Versicherten fachÃ¤rztliche Internisten aufsuchen, die in einer zumutbaren Entfernung praktizierten. Die in Rede stehenden Leistungen seien daher auch nach Auslaufen der Regelungen des Hausarzt-Vertrages sichergestellt, die bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten ab 1. Januar 2003 insoweit weiterhin gewÃ¤hrleistet.

Die KlÃ¤gerin, die im Jahre 2002 Leistungen nach Nr. 741 EBM in HÃ¶he von 3.640 EUR abgerechnet hatte (16, 19, 9 und 18 Leistungen pro Quartal), erhob Widerspruch. WÃ¤hrend des Vorverfahrens erhob die Beigeladene zu 1) eine Umfrage Ã¼ber die Versorgungssituation mit Gastroskopien in Hamburg und teilte dem Beklagten das Ergebnis mit Schreiben vom 26. MÃ¤rz 2003 mit. Dieser Ã¼bermittelte der KlÃ¤gerin Inhalt und Ergebnis der Umfrage und fÃ¼gte zu ihrer weiteren Information ein Schreiben von FachÃ¤rzten fÃ¼r Innere Medizin in Hamburg vom 25. Februar 2003 nebst seiner Antwort vom 5. MÃ¤rz 2003 bei. In seiner Sitzung am 9. April 2003 lagen dem Beklagten auch Schreiben der Beigeladenen zu 1) vom 4. Dezember 2002 und 8. Januar 2003 sowie das Ergebnis der Umfrage "Gastroskopie" (Tabellen 1 bis 3 vom 9. April 2003) vor, bei der u. a. bei fachÃ¤rztlichen Internisten angefragt worden war, innerhalb welcher Zeit ab Anmeldung sie Gastroskopien vornehmen kÃ¶nnten. AuÃerdem war bei Ãrzten/Praxen in den Hamburger Stadtteilen angefragt worden, wie viele Patienten sie tÃ¤glich seit Januar 2003 gastroskopiert hÃ¤tten und weiterhin gastroskopierten. Ferner waren die Ãrzte/Praxen zur Anzahl einsatzfÃ¤higer Gastroskope, zur Anschaffung weiterer solcher GerÃ¤te und zur Anzahl von Gastroskopien je Gastroskop und Tag befragt worden. Der Beklagte wies den Widerspruch durch Beschluss vom 9. April 2003 zurÃ¼ck. Auf Grund der von der Beigeladenen zu 1) vorgelegten Abrechnungsfrequenzen fÃ¼r das Jahr 2001 und das Quartal 1/2002 sowie angesichts des Ergebnisses der Befragung der an der fachÃ¤rztlichen

Versorgung teilnehmenden Ãrzte, die Leistungen nach Nr. 741 EBM erbrÃ¤chten, vermÃ¶ge er nicht festzustellen, dass in Bezug auf die Erbringung dieser Leistungen die bedarfsgerechte fachÃ¤rztliche Versorgung nicht gewÃ¤hrleistet sei. Im Hinblick auf eine in Hamburg bestehende Ãberversorgung mit an der fachÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten von 160,6 % (Versorgungsgrad bei den HausÃ¤rzten:106,4%) sei es den an der fachÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten mÃ¶glich, zusÃ¤tzlich die bisher von hausÃ¤rztlichen Internisten nach Nr. 741 EBM erbrachten Leistungen zu erbringen. Sie seien in der Lage, rund 7.500 Gastroskopien, die bisher die hausÃ¤rztlichen Praxen erbracht hÃ¤tten, zusÃ¤tzlich zu Ã¼bernehmen. Angesichts bisher durchschnittlich von den fachÃ¤rztlichen Praxen im Quartal erbrachter rund 7.700 Gastroskopien sei dies gut mÃ¶glich, weil rund 75 fachÃ¤rztliche Praxen (mit 83 Ãrzten) Gastroskopien erbrÃ¤chten und Ã¼ber hinreichend KapazitÃ¤ten fÃ¼r weitere Leistungen dieser Art verfÃ¼gten. Um den Versorgungsbedarf abzudecken, mÃ¼ssten die fachÃ¤rztlichen Internisten im Durchschnitt ca. 4 Gastroskopien tÃ¤glich erbringen. Dies sei problemlos mÃ¶glich. Auch eine zeitnahe Versorgung sei hinsichtlich dieser Leistungen gewÃ¤hrleistet. Bei der Beurteilung der bedarfsgerechten Versorgung dÃ¼rfe nicht allein auf den Stadtteil Blankenese abgestellt werden, weil Hamburg als ein Planungsbereich gelte, in dem auch andere Stadtteile mit Ã¶ffentlichen Verkehrsmitteln in angemessener Zeit erreicht werden kÃ¶nnten. Da den Versicherten und Patienten dies in aller Regel auch zuzumuten sei, habe nicht allein auf die Versorgungssituation im Umkreis der Praxis der KlÃ¤gerin abgestellt werden dÃ¼rfen. Ob dort tatsÃ¤chlich ein Versorgungsengpass bestehe, kÃ¶nne deshalb dahinstehen. Zwar seien mit BeschlÃ¼ssen vom November/Dezember 2002 â was die KlÃ¤gerin beanstandet hatte â insgesamt sieben an der hausÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten befristet die Genehmigung zu Erbringung von Gastroskopien erteilt worden, wogegen die Beigeladene zu 1) aber Klage erhoben habe. Nunmehr habe er, der Beklagte, in der Sitzung vom 9. April 2003 mit weiteren 26 BeschlÃ¼ssen entschieden, dass in Hamburg generell die Voraussetzungen fÃ¼r eine Gestattung zur Erbringung von Gastroskopien nach Â§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V nicht gegeben seien, so dass die KlÃ¤gerin insoweit auch keine Ungleichbehandlung geltend machen kÃ¶nne.

Gegen den am 12. Mai 2003 ab gesandten Beschluss des Beklagten richtet sich die am 31. Mai 2003 erhobene Klage. Die KlÃ¤gerin hat ausgefÃ¼hrt, allgemeine Feststellungen zur Ãberversorgung im fachÃ¤rztlichen Bereich in Hamburg rechtfertigten nicht, den Bedarf im Bereich von Gastroskopien als gedeckt anzunehmen, zumal es in Blankenese keinen Gastroenterologen gebe. Der Beklagte habe insoweit weder eine BedarfsprÃ¼fung vorgenommen noch geprÃ¼ft, ob auf Grund seiner Beurteilungsweise eine VersorgungslÃ¼cke entstehe. Er habe es z. B. versÃ¤umt, niedergelassene Ãrzte, welche Gastroskopien vorhielten und in den angrenzenden Stadtteilen niedergelassen seien, nach ihren KapazitÃ¤ten zu befragen. Nur so kÃ¶nnten der lokale Bedarf eruiert und die Notwendigkeit der Sicherstellung dieses Bedarfs beurteilt werden. Im Ãbrigen sei sie auf dem Gebiet der Magenspiegelungen besonders fachkundig und habe die streitigen Leistungen insbesondere bei alten und multimorbiden Patienten zu erbringen, denen eine Fahrt in einen anderen Stadtteil nicht zuzumuten sei. Da der Beklagte seine rechtlichen HandlungsmÃ¶glichkeiten nicht erkannt habe, liege eine

Ermessensunterschreitung, demnach ermessensfehlerhaftes und rechtswidriges Handeln vor.

Das Sozialgericht hat dem Klagantrag durch Urteil vom 9. Juni 2004, das eine Streitwertfestsetzung nicht enthÃ¤lt, entsprochen und den Beklagten verurteilt, Ã¼ber den Widerspruch der KlÃ¤gerin gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses erneut zu entscheiden. Zwar habe der Beklagte â Ã¼ber die Beigeladene zu 1) â Anzahlstatistiken herangezogen und auch niedergelassene Ãrzte befragt. Das wÃ¤re aber nur fÃ¼r die BedarfsprÃ¼fung in Zusammenhang mit einer Neuzulassung eines Vertragsarztes ausreichend gewesen. FÃ¼r die hier begehrte Abrechnungsgenehmigung/Zulassung mÃ¼sse ein "lokalerer MaÃstab" gelten. Bei der KlÃ¤gerin habe sich auf Grund der seit 1999 hinsichtlich der Nr. 741 EBM bestehenden Abrechnungsberechtigung und Leistungserbringung bereits ein fester, diese Leistungen nachfragender Patientenstamm gebildet. Diesem sei nur begrenzt zuzumuten, auf andere â fachÃ¤rztliche â Praxen auszuweichen. Zwar mÃ¼ssten sich Versicherte nach den MaÃstÃ¤ben der Sonderbedarfszulassung zumutbar auch noch auf angrenzende Stadtteile verweisen lassen, jedoch nicht auf den gesamten groÃstÃ¤dtischen Planungsbereich Hamburg. Als zumutbarer MaÃstab bÃ¶ten sich die Planungsbereiche an, die im Bereich der vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung in Hamburg gÃ¤lten, nÃ¤mlich die Orientierung der Planungsbereiche an den Bezirksgrenzen. Dies bedeute, dass ausgehend von Stadtteil Blankenese die Bedarfssituation in Hamburg-Altona zu prÃ¼fen sei. FÃ¼r die an Blankenese, wo Gastroskopien durch FachÃ¤rzte nicht angeboten wÃ¼rden, angrenzenden Stadtteile werde der Beklagte die Ermittlungen nachzuholen haben.

Gegen das ihm am 12. Juli 2004 zugestellte Urteil richtet sich die am 6. August 2004 eingelegte Berufung des Beklagten. Er fÃ¼hrt aus, das Sozialgericht habe bei seiner Entscheidung die Tabelle 3 vom 26. MÃ¤rz 2003 Ã¼ber die regionale Verteilung der gastroskopierenden Praxen und deren ErgÃ¤nzung vom 9. April 2003 unberÃ¼cksichtigt gelassen. Aus diesen Tabellen ergebe sich, dass die gastroskopierenden Facharztpraxen in Hamburg regional Ã¼ber das gesamte Stadtgebiet verteilt seien. Allein 13 der 69 Praxen mit einer KapazitÃ¤t von ca. 3.500 Gastroskopien befÃ¤nden sich in Altona, Rissen, Flottbek und Othmarschen, also im nahen und gut erreichbaren Umfeld von Blankenese. Dies treffe auch fÃ¼r einen GroÃteil der Ã¼brigen Ã¤rztlichen Praxen des Stadtgebiets zu. Entgegen der Annahme des Sozialgerichts habe er, der Beklagte, die Versorgungssituation im Umkreis der Praxis der KlÃ¤gerin in Blankenese berÃ¼cksichtigt. Seinem Beschluss vom 9. April 2003 liege statistisches Material Ã¼ber die regionale Verteilung zu Grunde. Im Ãbrigen habe eine Anfrage vom 20. Januar 2005 bei 10 der Praxis der KlÃ¤gerin nÃ¤chstgelegenen internistischen Praxen (Entfernungen von 2 bis 6,5 km; durchschnittlich 4,85 km) ergeben, dass diese noch Ã¼ber genÃ¼gend freie KapazitÃ¤ten fÃ¼r Gastroskopien verfÃ¼gten. Diese Praxen seien im Individualverkehr innerhalb von ca. 30 Minuten erreichbar. Auch seien beispielsweise fachÃ¤rztliche â Gastroskopien erbringende â Praxen in Eidelstedt und Altona, jedenfalls im westlichen Innenstadtbereich Hamburgs, innerhalb einer halben Stunde, teilweise auch mit Ã¶ffentlichen Verkehrsmitteln, zu erreichen. Abgesehen davon werde daran fest gehalten, dass es auf den gesamten

Planungsbereich der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung â□□ und Hamburg bilde einen einzigen Planungsbereich â□□ ankomme.

Der Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 9. Juni 2004 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r zutreffend und der Berufung entgegen, dass der Beklagte bislang keine lokale BedarfsprÃ¼fung fÃ¼r Gastroskopien vorgenommen habe. Im Ã□brigen sei dem angefochtenen Beschluss nicht zu entnehmen, inwieweit Unterlagen und Tabellen, auf die der Beklagte sich berufe, in dessen Entscheidung eingeflossen seien. Zwar gebe es in der Stadtmitte eine Konzentration entsprechender Leistungserbringer, jedoch seien die Randgebiete gastroskopisch Ã¼berhaupt nicht versorgt. Dass in regionaler NÃ¤he zu Blankenese entsprechende Leistungserbringer niedergelassen seien, sei unerheblich. Zudem habe der Beklagte nicht dargelegt, dass diese Ã¼berhaupt freie KapazitÃ¤ten zur Versorgung mit Gastroskopien hÃ¤tten und von ihren â□□ der KlÃ¤gerin â□□ alten und multimorbiden und nicht oder nur beschrÃ¤nkt reisefÃ¤higen Patienten in Anspruch genommen werden kÃ¶nnten. Abweichend von ihrer im Termin vom 9. Juni 2004 abgegebenen Ã□uÃ□erung werde daran festgehalten, dass der KO-Katalog und insbesondere die am 30. Juni 2000 geschlossene ergÃ¤nzende Vereinbarung Nr. 2 gem. Â§ 6 Abs. 2 des Hausarztvertrages rechtswidrig bzw. verfassungswidrig sei.

Die Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt.

Der Beigeladenen zu 1) meint, es kÃ¶nne nicht auf einen lokalen Versorgungsbedarf abgestellt werden. Andernfalls hÃ¤tte der Gesetzgeber dies in Orientierung am Sprachgebrauch in Nr. 24 a der Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ã□rzte in Â§ 73 Abs. 1a Satz 3 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zum Ausdruck gebracht. Zudem habe die KlÃ¤gerin die in Rede stehenden Leistungen im Jahre 2002 nur in ganz geringem Umfang bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet. Das spreche gegen einen entsprechenden Versorgungsbedarf.

Wegen des weiteren Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf den Inhalt der Prozessakten und der Verwaltungsakten des Beklagten Bezug genommen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen sind.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte und auch im Ã□brigen zulÃ¤ssige Berufung (Â§Â§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) ist begrÃ¼ndet.

Das Sozialgericht hat den Beklagten zu Unrecht verpflichtet, Ã¼ber den Widerspruch der KlÃ¤gerin gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses vom 11. Dezember 2002 erneut zu entscheiden. Der Bescheid des Beklagten vom 9. April 2003 ist rechtmÃ¤Ãig. Die KlÃ¤gerin hat keinen Anspruch darauf, zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach Nr. 741 EBM Ã¼ber den 31. Dezember 2002 hinaus zugelassen zu werden.

Als hausÃ¤rztliche Internistin ist die KlÃ¤gerin grundsÃ¤tzlich nicht (mehr) berechtigt, diese Leistung des Kapitels F des EBM (ab 1. April 2005: Abschnitt III Nr. 13400 EBM) bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen und abzurechnen. Insbesondere hat sie hinsichtlich dieser Leistung keinen Anspruch auf eine befristete (partielle) Teilnahme an der fachÃ¤rztlichen Versorgung. Die GewÃ¤hrleistung der bedarfsgerechten Versorgung erfordert dies nicht.

Nach Â§ 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V gliedert sich die vertragsÃ¤rztliche Versorgung in die hausÃ¤rztliche und die fachÃ¤rztliche Versorgung. An der hausÃ¤rztlichen Versorgung nehmen gem. Â§ 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 SGB V idF des Art. 1 GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626) Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung teil, die â wie die KlÃ¤gerin â die Teilnahme an der hausÃ¤rztlichen Versorgung gewÃ¤hlt haben. Dementsprechend bestimmt Â§ 87 Abs. 2a Satz 4 Halbsatz 1 SGB V, dass die nach dem EBM abrechnungsfÃ¤higen Leistungen entsprechend der in Â§ 73 Abs. 1 SGB V festgelegten Gliederung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung bis zum 31. MÃ¤rz 2000 in Leistungen der hausÃ¤rztlichen und Leistungen der fachÃ¤rztlichen Versorgung zu gliedern sind mit der MaÃgabe, dass â unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen â Leistungen der hausÃ¤rztlichen Versorgung nur von den an der hausÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Ãrzten und Leistungen der fachÃ¤rztlichen Versorgung nur von den an der fachÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Ãrzten abgerechnet werden dÃ¼rfen. Nach MaÃgabe von Â§ 6 Abs. 2 des Hausarzt-Vertrages haben die KassenÃ¤rztliche Bundesvereinigung und die SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen insoweit eine Liste Ã¼ber solche Leistungen erstellt, die in der hausÃ¤rztlichen Versorgung nicht vergÃ¼tet werden. Diese Liste, die bei Bedarf weiterentwickelt oder prÃ¤zisiert werden kann, ist fÃ¼r alle an der hausÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Ãrzten verbindlich (Â§ 6 Abs. 3 Hausarzt-Vertrag). Der Bewertungsausschuss hat in seiner 63. Sitzung am 20. Juni 2000 (DÃ 2000, S. A-1920) mit Wirkung vom 1. Oktober 2000 beschlossen, dass die Leistung nach Nr. 741 EBM ausschlieÃlich zu den von VertragsÃ¤rzten im fachÃ¤rztlichen Versorgungsbereich berechnungsfÃ¤higen GebÃ¼hrenordnungspositionen gehÃ¶rt und HausÃ¤rzte unter BerÃ¼cksichtigung der Vereinbarung gem. Â§ 6 Abs. 2 des Hausarzt-Vertrages diese Leistungen des Kapitels F des EBM lÃ¤ngstens bis zum 31. Dezember 2002 berechnen kÃ¶nnen, wenn sie die Leistung entsprechend der Vereinbarung nach Â§ 6 Abs. 2 Hausarzt-Vertrag vor dem 1. April 2000 erbracht und abgerechnet haben. Hierunter fÃ¤llt auch die KlÃ¤gerin. Sie durfte nur noch bis Ende 2002 Leistungen nach Nr. 741 EBM erbringen und abrechnen. DarÃ¼ber hinaus ist sie hierzu grundsÃ¤tzlich nicht berechtigt.

Soweit die KlÃ¤gerin hiergegen verfassungsrechtliche Bedenken erhebt, greifen

diese nicht durch. Sie wÃ¤ren, falls sie durchgriffen, letztlich â□□ wie noch ausgefÃ¼hrt wird â□□ auch lediglich fÃ¼r das VerhÃ¤ltnis der KlÃ¤gerin zur Beigeladenen zu 1) und nicht fÃ¼r den gegen den Beklagten erhobenen Anspruch Ausschlag gebend. Die Gliederung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung in einen hausÃ¤rztlichen und einen fachÃ¤rztlichen Versorgungsbereich ist mit Art. 12 Abs. 1 und Art. 14 Grundgesetz (GG) vereinbar (vgl. Bundessozialgericht (BSG) vom 18. Juni 1997 â□□ 6 RKa 58/96, BSGE 80, 256 = SozR 3-2500 Â§ 73 Nr. 1; Bundesverfassungsgericht (BVerfG) vom 17. Juni 1999 â□□ 1 BvR 2507/97, SozR 3-2500 Â§ 73 Nr. 3). Auch die auf der Grundlage der Â§Â§ 87 Abs. 2a Satz 4, 73 Abs. 1 c Satz 1 SGB V ergangenen Regelungen des Hausarzt-Vertrages vom 6. September 1993, die spezielle Leistungen in der hausÃ¤rztlichen Versorgung von der AbrechnungsfÃ¤higkeit ausnehmen, sind verfassungsgemÃ¤Ã□. Denn sie fÃ¼hren, zusammen mit den Regelungen des EBM (vgl. B I. 1. EBM (HausÃ¤rztliche GrundvergÃ¼tung)), die mit der Gliederung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung verfolgte gesetzgeberische Absicht nur durch. Die sich aus den ihnen innewohnenden VergÃ¼tungsregelungen fÃ¼r den hausÃ¤rztlichen Internisten ergebenden BeschrÃ¤nkungen, wie die Regelung, dass Leistungen nach Nr. 741 EBM nach dem 1. Oktober 2000/31. Dezember 2002 den fachÃ¤rztlichen Internisten vorbehalten sind, betreffen zwar die BerufsausÃ¼bung, nicht aber den Status des hiervon betroffenen, an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Hausarztes. Sie haben eine geringere IntensitÃ¤t als etwa die Bindung des Facharztes an sein Fachgebiet, wie sich aus dem allgemeinen Berufsrecht mit Wirkung auch fÃ¼r das Vertragsarztrecht und damit fÃ¼r die AbrechnungsfÃ¤higkeit vertragsÃ¤rztlicher Leistungen ergibt (BSG vom 18. Juni 1997 â□□ B 6 RKa 58/96, a.a.O.; vom 20. MÃ¤rz 1996 â□□ 6 RKa 34/95, SozR 3-2500 Â§ 95 Nr. 9). Die Regelungen dienen zum einen dem Ziel, Ã¶konomische Fehlentwicklungen im Bereich der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zu beseitigen und damit die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern. Zum anderen wollen sie zugleich auch die QualitÃ¤t der Grundversorgung der Patienten fÃ¶rdern. Bei beiden Gesichtspunkten handelt es sich um Gemeinwohlbelange, die BerufsausÃ¼bungsregelungen durch den Gesetzgeber zu tragen geeignet sind (BSG, a. a. O.). Im Falle der KlÃ¤gerin liegt ein Eingriff in ihren Zulassungsstatus nicht vor. Denn sie wird nicht von der Erbringung bzw. AbrechnungsfÃ¤higkeit von Leistungen ausgeschlossen, die fÃ¼r Ihr Fachgebiet wesentlich sind (BSG vom 15. Mai 2002 â□□ B 6 KA 22/01 R, SozR 3-2500 Â§ 72 Nr. 14). Sie will grundsÃ¤tzlich nicht im Beruf des fachÃ¤rztlichen Internisten tÃ¤tig sein, sondern hat sich freiwillig fÃ¼r die Teilnahme an der hausÃ¤rztlichen Versorgung entschieden, weswegen sich die Frage, ob der Ausschluss der Abrechenbarkeit der Nr. 741 EBM in ihren Zulassungsstatus eingreift, danach beurteilt, ob diese Leistung fÃ¼r die hausÃ¤rztliche TÃ¤tigkeit wesentlich ist. Das ist, gemessen an dem in Â§ 73 Abs. 1 Satz 2 SGB V im Wesentlichen beschriebenen Inhalt der hausÃ¤rztlichen Versorgung, zu verneinen. Denn bei der Leistung nach Nr. 741 EBM handelt es sich um eine typische fachÃ¤rztliche Leistung. Davon abgesehen stellt diese Leistung, gemessen an ihrer Abrechnungsfrequenz, fÃ¼r die KlÃ¤gerin auch rein faktisch keine praxisrelevante Leistung dar. Somit stellt sich ein (mÃ¶glicher) Eingriff selbst auf der Ebene der BerufsausÃ¼bung als letztlich marginal und damit fÃ¼r die KlÃ¤gerin als zumutbar dar.

Dass die Vertragspartner des Hausarzt-Vertrages vereinbart haben, die ausschlieÃlich von VertragsÃ¤rzten im fachÃ¤rztlichen Versorgungsbereich berechnungsfÃ¤hige GebÃ¼hrenordnungsposition Nr. 741 EBM den hausÃ¤rztlich tÃ¤tigen VertragsÃ¤rzten, welche diese Leistung schon vor dem 1. April 2000 erbracht und abgerechnet haben, nur noch bis zum 31. Dezember 2002 zur VerfÃ¼gung zu stellen, verstÃ¶Ãt ebenfalls nicht gegen Verfassungsrecht oder einfaches Gesetzesrecht. Der Senat kann dahinstehen lassen, ob eine Ãbergangsregelung von Rechts wegen hier Ã¼berhaupt erforderlich war. Jedenfalls genÃ¼gte, nachdem der Bewertungsausschuss in der Beschlussfassung der 62. Sitzung vom 16. Februar 2000 (DÃ, Heft 9, 3. MÃ¤rz 2000) angekÃ¼ndigt hatte, dass er einen Beschluss bis zum 1. Juli 2000 fassen werde, der die inhaltliche Gliederung der Leistungen der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung in Leistungen der hausÃ¤rztlichen und Leistungen der fachÃ¤rztlichen Versorgung vorgibt, die bis zum 31. Dezember 2002 eingerÃ¤umte Erbringungs- und AbrechungsmÃ¶glichkeit vÃ¶llig. Mit ihr wurde etwaigen Vertrauensschutzgesichtspunkten ausreichend Rechnung getragen. Dass sich die KlÃ¤gerin das Gastroskop erst im Juni 1999 beschafft und sich dieses â lÃ¤sst man die Behandlung von Privatpatienten unberÃ¼cksichtigt â allein durch die Behandlung von Kassenpatienten bis Ende 2002 eventuell noch nicht amortisiert hat, steht dem nicht entgegen. Der Vertragsarzt hat keinen Anspruch darauf, dass er Leistungen, die er in der Vergangenheit u. a. unter Verwendung eines selbst beschafften GerÃ¤tes erbringen und abrechnen durfte, bis zu dessen vollstÃ¤ndiger Amortisation erbringen und abrechnen darf. Wenn z.B. Qualifikationsanforderungen fÃ¼r Leistungen, die fÃ¼r das Fachgebiet nicht wesentlich sind und es nicht prÃ¤gen, grundsÃ¤tzlich ohne Ãbergangsregelung eingefÃ¼hrt werden dÃ¼rfen (BSG vom 8. MÃ¤rz 2000 â B 6 KA 12/99 R, SozR 3-2500 Â§ 72 Nr. 11), so muss fÃ¼r Leistungen, die fÃ¼r die hausÃ¤rztliche Praxis nicht prÃ¤gend sind und die deshalb der fachÃ¤rztlichen Versorgung vorbehalten werden, jedenfalls die hier eingerÃ¤umte Ãbergangszeit von zweieinhalb Jahren genÃ¼gen. Nach alledem stehen die von der KlÃ¤gerin beanstandeten Regelungen des Hausarztvertrages der RechtmÃ¤Ãigkeit des Beschlusses des Beklagten nicht entgegen. Abgesehen davon hÃ¤tte â wie bereits angedeutet â eine Rechtswidrigkeit der Regelungen des Hausarztvertrages bzw. KO-Kataloges und der Vorschriften des EBM, welche die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach Nr. 741 EBM fÃ¼r hausÃ¤rztliche Internisten ausschlieÃen, allein fÃ¼r das VerhÃ¤ltnis der KlÃ¤gerin zur Beigeladenen zu 1) Bedeutung. Bei Rechtswidrigkeit dieser Bestimmungen ergÃ¤be sich nÃ¤mlich ein Erbringungs- und Abrechnungsanspruch der KlÃ¤gerin mit der Folge, dass fÃ¼r einen Antrag nach Â§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V kein Raum verbliebe, es vielmehr am RechtsschutzbedÃ¼rfnis fehlte.

GrÃ¼nde der GewÃ¤hrleistung der bedarfsgerechten Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit Leistungen nach Nr. 741 EBM, auf die die KlÃ¤gerin ihren Anspruch hauptsÃ¤chlich stÃ¼tzt, machen den Beschluss des Beklagten ebenfalls nicht rechtswidrig. Der Zulassungsausschuss kann zwar gem. Â§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V u. a. fÃ¼r Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine von Â§ 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V abweichende befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewÃ¤hrleistet ist. Eine von Â§ 73 Abs. 1 a Satz 1 SGB V "abweichende befristete Regelung" iSd Â§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V

kann im weitesten Sinne so gestaltet sein, dass der Internist ohne Schwerpunktbezeichnung, der die Teilnahme an der hausÃ¤rztlichen Versorgung gewÃ¤hlt hat, fÃ¼r einen bestimmten Zeitraum (auch) an der fachÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmen darf (vgl. BVerfG vom 6. MÃ¤rz 2001 â 1 BvR 2292/00, NJW 2001, 2009). Sie kann aber auch so gestaltet sein, dass die befristete Teilnahme an der fachÃ¤rztlichen Versorgung nur partiell, nÃ¤mlich hinsichtlich einzelner Leistungen erfolgt. Voraussetzung fÃ¼r eine "abweichende befristete Regelung" ist aber, dass im ambulanten Bereich eine VersorgungslÃ¼cke besteht und zu ihrer SchlieÃung eine solche partielle Teilnahme an der fachÃ¤rztlichen Versorgung â hier durch eine Internistin ohne Schwerpunktbezeichnung, die an der hausÃ¤rztlichen Versorgung teilnimmt â geboten ist. Das ist vorliegend aber nicht der Fall. Denn hinsichtlich der "Gastroskopie und/oder partielle Duodenoskopie, ggf. einschl. Ãsophagoskopie, Probeexcision und/oder Urease-Nachweis (einschl. Kosten)" ist eine bedarfsgerechte Versorgung in Hamburg auch ohne die Teilnahme der KlÃ¤gerin gewÃ¤hrleistet.

Zwar gibt es in Blankenese derzeit keinen zugelassenen fachÃ¤rztlichen Internisten, der Leistungen nach Nr. 741 EBM erbringt. Das bedeutet aber nicht, dass insoweit eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewÃ¤hrleistet ist. Denn diese wird durch fachÃ¤rztliche Internisten in den an Blankenese angrenzenden oder Blankenese benachbarten Stadtteilen sichergestellt. Auf einen "lokal" fehlenden Versorgungsbedarf an Gastroskopien in Blankenese ist entgegen der Auffassung der KlÃ¤gerin nicht abzustellen. Die Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ãrzte (vom 9. MÃ¤rz 1993, BAnz. Beilage Nr. 110a, idF spÃ¤terer Bekanntmachungen), die der einheitlichen Anwendung der Verfahren bei Bedarfsplanung und ZulassungsbeschrÃ¤nkungen im Rahmen der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung auf Grund von Ãberversorgung und Unterversorgung dienen und zu diesem Zweck auch MaÃstÃ¤be fÃ¼r eine ausgewogene hausÃ¤rztliche und fachÃ¤rztliche Versorgungsstruktur iSd Â§ 73 SGB V (7. Abschnitt, Nr. 35ff) und fÃ¼r qualitÃ¤tsbezogene Sonderbedarfsfeststellungen (5. Abschnitt, Nr. 24f a.a.O.) regeln, knÃ¼pfen zwar in Nr. 24 Satz 1 Buchst. a) an einen "nachweisbaren lokalen Versorgungsbedarf in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung in Teilen eines groÃstÃ¤dtischen Planungsbereichs" an. Eine AnknÃ¼pfung an einen solchen "lokalen Versorgungsbedarf" ist im Rahmen der Entscheidung nach Â§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V aber nicht mÃ¶glich. Denn der "lokale Versorgungsbedarf" als Kriterium fÃ¼r eine Sonderbedarfsfeststellung und der Begriff der "bedarfsgerechten Versorgung" in Â§ 73 Abs. 1 a Satz 3 SGB V sind voneinander zu unterscheiden. Sie zielen auf den Ausgleich unterschiedlicher Versorgungsdefizite ab. Zu Recht wendet die Beigeladene zu 1) deshalb ein, dass der Gesetzgeber andernfalls in Â§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V an einen "lokalen Versorgungsbedarf" entsprechend Nr. 24 der Bedarfsplanungs-Richtlinien Ãrzte angeknÃ¼pft hÃ¤tte.

Soweit das Sozialgericht meint, der Beklagte habe nicht in ausreichendem MaÃe der Besonderheit der begehrten Abrechnungsgenehmigung Rechnung getragen und hÃ¤tte â weil schon eine Leistungserbringung nach Nr. 741 EBM erfolgt sei â einen "lokaleren" MaÃstab anwenden mÃ¼ssen, vermag der Senat ihm nicht zu folgen. Bei der Auslegung des Begriffs der "GewÃ¤hrleistung der bedarfsgerechten Versorgung" in Â§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V kann nicht unterschieden werden

zwischen hausÃ¤rztlichen Internisten, die der Ãbergangsregelung nach dem Hausarztvertrag unterfallen, und Ãrzten, die mit dem Antrag auf Zulassung als hausÃ¤rztlicher Internist oder im Anschluss an eine entsprechende Zulassung fÃ¼r einzelne fachÃ¤rztliche Leistungen an der fachÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmen wollen. Der Begriff der bedarfsgerechten Versorgung ist vielmehr im Zusammenhang mit der Ãberversorgung bei den Internisten in Hamburg von 160% zu sehen. Dies gestattet es nicht, ungeachtet dieser Ãberversorgung hausÃ¤rztlichen Internisten die AbrechnungsmÃ¶glichkeit fÃ¼r fachÃ¤rztliche Leistungen einzurÃ¤umen. Denn das kÃ¤me einer (gewissen) VergrÃ¶Ãerung dieser Ãberversorgung gleich. Davon abgesehen hat der Beklagte, was das Sozialgericht verkennt, mit den durch die Beigeladene zu 1) angestellten Erhebungen ausreichend dargetan, dass sowohl in Hamburg im allgemeinen als auch speziell benachbart zu Blankenese genÃ¼gend FachÃ¤rzte vorhanden sind, die Leistungen nach Nr. 741 EBM erbringen kÃ¶nnen und dafÃ¼r auch KapazitÃ¤ten haben. Das betrifft zum einen die von der Beigeladenen zu 1) im November 2002 vorgenommenen Erhebungen, die von ihr mit Schreiben vom 15. November und 4. Dezember 2002, 8. Januar und 26. MÃ¤rz 2003 (Tabellen 1-3 (alt)) ausgewertet und durch die Tabellen 1-3 (neu) vom 9. April 2003, die dem Beklagten bei seiner Beschlussfassung vorlagen, aktualisiert wurden und auf deren Inhalt vollinhaltlich verwiesen wird. Zusammengefasst hat das Ergebnis dieser Erhebungen im Beschluss des Beklagten auch Niederschlag gefunden. Zum anderen wird die in diesem Beschluss getroffene Feststellung, dass von Blankenese aus auch andere Stadtteile Hamburgs mit Ã¶ffentlichen Verkehrsmitteln in angemessener Zeit erreicht werden kÃ¶nnen und dies den Patienten in aller Regel auch zuzumuten ist, durch die neuerliche Umfrage vom Januar 2005 bestÃ¤tigt. Aus ihr ergibt sich, dass allein 9/10 Internisten in einer Entfernung von nicht mehr als 6,5 km von Blankenese praktizieren und Gastroskopien erbringen. Solche Wege sind gerade auch im Hinblick auf die Gastroskopie, der sich ein Patient relativ selten unterzieht, durchaus zumutbar. FÃ¼r die Versorgung mit besonderen technischen Leistungen mÃ¼ssen Versicherte im Regelfall hÃ¤ufig (etwas lÃ¤ngere) Wegstrecken zurÃ¼cklegen, weil diese nur von entsprechend ausgerÃ¼steten Praxen angeboten werden. Dies ist, wie das Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg in seinem Urteil vom 3. MÃ¤rz 2004 (L 5 KA 3683/03, unverÃ¶ffentlicht) zu Recht ausfÃ¼hrt, die unvermeidliche Konsequenz einer sich fortschreitend spezialisierenden Medizin. Ein Versorgungsbedarf, der in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung sichergestellt werden muss, ergibt sich nicht schon daraus, dass den Versicherten Wege erspart werden. Solange Patienten in zumutbarer Weise die MÃ¶glichkeit haben, VertragsÃ¤rzte zu erreichen, besteht kein abzudeckender Versorgungsbedarf (LSG Baden-WÃ¼rttemberg, ebda.). Angesichts der vorliegend fÃ¼r Kassenpatienten in Blankenese zu den nÃ¤chsten internistischen Fachpraxen und unter groÃstÃ¤dtischen Verkehrsbedingungen nur zurÃ¼ckzulegenden und keine unzumutbare Zeitdauer in Anspruch nehmenden Entfernungen vermag der Senat, wie der Beklagte, nicht festzustellen, dass eine bedarfsgerechte Versorgung mit Gastroskopien nicht gewÃ¤hrleistet ist.

Nach alledem ist das erstinstanzliche Urteil aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG i. V. m. Â§ 154 Abs. 1

Verwaltungsgerichtsordnung, die Streitwertfestsetzung auf Â§Â§ 52, 72 Gerichtskostengesetz in der ab 1. Juli 2004 geltenden Fassung.

Der Senat hat die Revision nach Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen hierfÃ¼r fehlen.

Erstellt am: 07.04.2005

Zuletzt verändert am: 23.12.2024