
S 27 KA 350/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Vertragsärztliche Versorgung Arzt keine gleichzeitige Teilnahme an hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung Verfassungsmäßigkeit
Leitsätze	Ein Arzt darf im Rahmen ein und desselben Anstellungsverhältnisses oder ein und derselben Zulassung nicht gleichzeitig an der hausärztlichen und an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen.
Normenkette	GG Art 3 Abs 1 GG Art 12 Abs 1 SGB V § 73 Abs 1 S 2 SGB V § 73 Abs 1a S 1 Nr 3 SGB V § 73 Abs 1a S 2 SGB V § 95 Abs 2 S 9 SGB V § 95 Abs 3 S 1 SGB V § 98 Abs 2 Nr 10 Ärzte-ZV § 19a

1. Instanz

Aktenzeichen	S 27 KA 350/16
Datum	20.09.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	13.02.2019
-------	------------

Auf die Revision des Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 20.

September 2017 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin hat die Kosten des Rechtsstreits mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu tragen.

Gründe:

I

1 Die Beteiligten streiten darüber, ob das klagende Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) berechtigt ist, eine Ärztin auf einer halben Stelle hausärztlich und gleichzeitig auf einer weiteren halben Stelle fachärztlich zu beschäftigen.

2 Die Klägerin ist Trägerin eines MVZ, das im Bezirk der zu 6. beigeladenen Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) mit einem vollen fachärztlich-internistischen und einem vollen hausärztlich-internistischen Versorgungsauftrag zugelassen ist. Im Zusammenhang mit der Nachbesetzung der hausärztlichen Arztstelle beantragte die Klägerin die Teilung beider Arztstellen, um die Ärztin für Innere Medizin Dr. K., die in dem MVZ bisher vollzeitig auf der fachärztlich-internistischen Stelle tätig gewesen ist, und einen weiteren Arzt, Dr. D., jeweils im Umfang eines halben Versorgungsauftrages in der hausärztlichen und in der fachärztlichen Versorgung zu beschäftigen.

3 Der Zulassungsausschuss (ZA) lehnte den Antrag der Klägerin auf Genehmigung der Anstellung von Dr. K. auf einer halben haus- und einer halben fachärztlichen Stelle ab (Beschluss vom 7.9.2016). Den Widerspruch der Klägerin wies der beklagte Berufungsausschuss (BA) zurück (Beschluss vom 23.11.2016). Die Anstellung von Dr. K. auf einer halben Facharzt und einer halben Hausarztstelle sei nicht genehmigungsfähig. Die unterschiedlichen Funktionen und zum Teil gegenläufigen Interessen von Haus und Facharzt dürften nicht in einer Person vereinigt werden. Dies gelte auch für angestellte Ärzte eines MVZ. Die Trennung von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung werde in einem fachübergreifend tätigen MVZ nur institutionell, nicht aber individuell bezogen auf die einzelnen dort angestellten Ärzte suspendiert. An der strikten Trennung von haus- und fachärztlicher Versorgung habe die Einführung helftiger Versorgungsaufträge nichts geändert. Damit seien lediglich die beruflichen Betätigungsmöglichkeiten für Ärzte innerhalb der jeweiligen Versorgungsbereiche ärztlich und zeitlich flexibilisiert worden.

4 Auf die hiergegen erhobene Klage hat das SG den Beschluss des Beklagten aufgehoben und der Klägerin "gestattet, Frau Dr. K. auf einer halben fachärztlich-internistischen sowie einer weiteren halben hausärztlich-internistischen Vertragsarztstelle zu beschäftigen" (Urteil vom 20.9.2017). Die Klägerin habe einen Rechtsanspruch auf die begehrte Anstellungsgenehmigung. Aus der Unterscheidung von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung und der Zuordnung von Arztgruppen zu einem der beiden Versorgungsbereiche folge nach Wortlaut, Systematik, Entstehungsgeschichte sowie Sinn und Zweck des [§ 73 SGB V](#) kein gesetzliches Verbot, einen Arzt jeweils zur Hälfte in beiden

Versorgungsbereichen zu beschäftigen. Im fachübergreifenden MVZ der Klägerin dürften Patienten ohne Weiteres hausärztlich-internistisch und fachärztlich-internistisch versorgt werden. Die mit der Anerkennung h ftiger Versorgungsaufträge durch das Vertragsarztrechts nderungsgesetz (V ndG) bezweckte Flexibilisierung der beruflichen Betätigung gehe der Trennung der beiden Versorgungsbereiche vor.

5 Mit seiner Revision rügt der Beklagte eine Verletzung des [  73 Abs 1a SGB V](#). Diese Norm trenne die hausärztliche von der fachärztlichen Versorgung. Doppelqualifizierte Ärzte müssten sich entscheiden, in welchem der beiden Bereiche sie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen wollten. Die Einf hrung h ftiger Versorgungsaufträge habe die zulassungsrechtlichen Folgen des Trennungsprinzips weder beseitigt noch abgeschwächt. Insoweit sei es lediglich darum gegangen, den zeitlichen Umfang eines Versorgungsauftrages, insbesondere im Hinblick auf familiäre Pflichten einschränken zu können.

6 Der Beklagte beantragt, das Urteil des SG Hamburg vom 20.9.2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

7 Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

8 Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend. [  73 Abs 1a SGB V](#) stehe einer Tätigkeit von Dr. K. als fachärztlich tätiger Internistin sowie einer weiteren Beschäftigung als hausärztlich tätiger Internistin nicht entgegen. [Art 12 Abs 1 GG](#) sch tze jede berufliche Tätigkeit und erfasse auch die Betätigung in einem zweiten Beruf. Grundrechtseingriffe seien insoweit nur auf Grundlage einer gesetzlichen Regelung zulässig. Ein Verbot der begehrten Zulassung mit zwei h ftigen Versorgungsaufträgen sei jedoch gesetzlich nicht geregelt.

9 Die beigeladene K V rügt einen Verstoß gegen [  73 Abs 1a SGB V](#). Die Wahrung des Trennungsprinzips zähle zu den allgemeinen Voraussetzungen der Anstellungsgenehmigung. Eine sowohl haus- als auch fachärztliche Tätigkeit gefährde die Erfüllung der besonderen Aufgaben von Hausärzten. Ein Hausarzt, der ebenfalls fachärztlich tätig sei, werde sich im Rahmen seiner hausärztlichen Tätigkeit nicht davon lösen können, im jeweiligen Behandlungsfall zugleich auch seinen spezialisierten fachärztlichen Blickwinkel einzunehmen. Auch sei er nicht ganz frei davon, sich dabei von wirtschaftlichen Interessen im Hinblick auf seine fachärztliche Tätigkeit leiten zu lassen.

10 Die übrigen Beteiligten haben sich nicht ge uert.

II

11 Die Sprungrevision des beklagten BA hat Erfolg. Zu Unrecht hat das SG der Klägerin gestattet, Frau Dr. K. auf einer halben fachärztlich-internistischen sowie einer weiteren halben hausärztlich-internistischen Vertragsarztstelle zu beschäftigen. Das Urteil des SG war daher aufzuheben und die Klage war abzuweisen.

12 A) Die Revision ist zulässig. Das SG hat im Urteil die Sprungrevision zugelassen ([Â§ 161 Abs 1 S 1 SGG](#)) und die Zustimmung zur Einlegung wurde vorgelegt ([Â§ 161 Abs 1 S 3 SGG](#)).

13 B) Verfahrensrechtliche Hindernisse stehen einer Sachentscheidung des Senats nicht entgegen. Insbesondere war es nicht erforderlich, die Ärztin, für die eine Anstellungsgenehmigung auf einer halben hausärztlichen und einer halben fachärztlichen Stelle begehrt wird, zu dem Rechtsstreit beizuladen. Die Notwendigkeit einer Beiladung ist trotz der Regelung des [Â§ 161 Abs 4 SGG](#), wonach eine Sprungrevision nicht auf Mängel des Verfahrens gestützt werden kann, von Amts wegen zu prüfen. Zwar ist es im Regelfall sachgerecht, bei Verfahren über eine Anstellungsgenehmigung die angestellten oder anzustellenden Ärzte beizuladen (BSG Urteil vom 11.10.2017 B [6 KA 38/16](#) R SozR 4 2500 Â§ 95 Nr 31 RdNr 13). Indessen handelt es sich dabei lediglich um eine sog einfache Beiladung. Denn die von der Klägerin beehrte Anstellungsgenehmigung ist nicht als Recht des anzustellenden Arztes, sondern als ausschließliches Recht des MVZ als Adressaten der Zulassung ausgestaltet (BSG aaO). Eine fehlende einfache Beiladung kann weder vom Revisionsgericht nachgeholt werden noch begründet dies einen sachentscheidungshindernden Verfahrensmangel (BSG Urteil vom 28.9.2005 B [6 KA 71/04](#) R [BSGE 95, 141](#) = SozR 4 2500 Â§ 83 Nr 2, RdNr 14).

14 C) Die Revision ist auch begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die beehrte Anstellungsgenehmigung.

15 I. Das Urteil des SG kann bereits insoweit keinen Bestand haben, als die Urteilsformel der Klägerin unmittelbar "gestattet", Dr. K. auf einer halben hausärztlich-internistischen und einer halben fachärztlich-internistischen Stelle zu beschäftigen. Die Klage auf Erteilung einer Anstellungsgenehmigung ist als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage statthaft (BSG Urteil vom 28.9.2016 B [6 KA 40/15](#) R [BSGE 122, 55](#) = SozR 4 2500 Â§ 103 Nr 22, RdNr 14). Die von der Klägerin beehrte Anstellungsgenehmigung für Dr. K. stellt einen Verwaltungsakt iS des [Â§ 31 S 1 SGB X](#) dar, auf dessen Erlass im Falle der Erfüllung des gesetzlichen Tatbestands ein Anspruch besteht (vgl Â§ 95 Abs 2 S 8 Teils 1 SGB V). Das Gericht darf jedoch wegen der bundesrechtlichen Aufgaben- und Zuständigkeitsverteilung zwischen Judikative und Exekutive ([Art 20 Abs 2 S 2 GG](#)) nicht selbst den Verwaltungsakt erlassen, sondern den Beklagten gemäß [Â§ 131 Abs 2 S 1 SGG](#) lediglich dazu verpflichten (vgl Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl 2017, Â§ 131 RdNr 12a). Nur der beklagte BA ist hier zur Erteilung der beehrten Anstellungsgenehmigung berufen.

16 II. Die Voraussetzungen für eine Verpflichtung des Beklagten zur Erteilung der beehrten Anstellungsgenehmigung liegen nicht vor.

17 1. Nach der Fassung des Tatbestands des Urteils des SG hätte dem Antrag der Klägerin von vornherein nicht stattgegeben werden dürfen. Danach ist ihre Inhaberin und Geschäftsführerin Dr. K. "Ärztin für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie". Als solche könnte sie grundsätzlich nicht an der

hausärztlichen Versorgung teilnehmen, wie sich unmittelbar aus [Â§ 73 Abs 1a S 1 Nr 3 SGB V](#) ergibt. Danach nehmen an der hausärztlichen Versorgung Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung teil, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben. Internisten mit Schwerpunktbezeichnung können dagegen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig sein. Das Optionsrecht zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung steht nur Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung zu; dem liegt die Vorstellung zu Grunde, dass die sog Allgemeininternisten (alten Rechts) breit genug ausgebildet sind, um auch den hausärztlichen Versorgungsauftrag nach [Â§ 73 Abs 1 S 2 SGB V](#) wahrnehmen zu können. Für Internisten, die sich nach geltendem Recht nur in einem Schwerpunkt weiterbilden können bzw sogar die (zB) Bezeichnung "Arzt für Innere Medizin und Gastroenterologie" führen, trifft das nicht zu.

18 Die Beteiligten haben aber übereinstimmend gegenüber dem Senat erklärt, dass Dr. K. nach ihrer Weiterbildung "Ärztin für Innere Medizin" alten Rechts ist und deshalb grundsätzlich auch für eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung optieren könnte ([Â§ 73 Abs 1a S 1 Nr 3 SGB V](#)). Die Feststellungen des SG sind insoweit auch widersprüchlich: Während der Tatbestand eine Qualifikation als "Ärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Gastroenterologie" erwähnt, geht das SG in den Entscheidungsgründen von einer Qualifikation der Klagepartei als "Facharzt (Chirurg) oder als Hausarzt (Allgemeinmediziner)" aus. Unabhängig davon, dass der Senat durch diese zumindest unklaren Angaben im Urteil des SG nicht gemäß [Â§ 163 SGG](#) gebunden wird, bedarf es keiner Zurückverweisung zur weiteren Sachaufklärung (vgl [Â§ 170 Abs 2 S 2 SGG](#)), da die Klage bereits aus anderen Gründen abzuweisen war.

19 2. Die Klägerin hat auch unter Berücksichtigung der grundsätzlichen Optierungsmöglichkeit von Dr. K. für eine Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung keinen Anspruch auf die begehrte hälftig geteilte Anstellungsgenehmigung. Rechtsgrundlage für die Erteilung einer Anstellungsgenehmigung in einem MVZ ist [Â§ 95 Abs 2 SGB V](#). Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen MVZ bedarf der Genehmigung des ZA ([Â§ 95 Abs 2 S 7 SGB V](#)). Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Arzt in das von der Kassenärztliche Vereinigung geführte Arztregister eingetragen ist ([Â§ 95 Abs 2 S 8 Teils 1 SGB V](#) iVm [Â§ 95 Abs 2 S 5 SGB V](#)).

20 Sie kann jedoch für einen Arzt jedenfalls im Rahmen ein und derselben Zulassung oder im Rahmen ein und desselben Anstellungsverhältnisses bei einem Vertragsarzt, einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder einem MVZ nur entweder für die hausärztliche oder für die fachärztliche Versorgung erteilt werden (gegen eine Zulassung zur jeweils hälftigen haus und fachärztlichen Versorgung auch Harney, ZMGR 2009, 357, 359; für eine Zulassung zur jeweils hälftigen haus und fachärztlichen Versorgung: Beeretz, ZMGR 2007, 122, 131; Nebendahl in Spickhoff, Medizinrecht, 3. Aufl 2018, [Â§ 73 SGB V](#) RdNr 3, 8; Pawlita in Schlegel/Voelzke, juris-PK SGB V, 3. Aufl 2016, [Â§ 95](#) RdNr 358; SG Dortmund Urteil vom 24.9.2014 S [16 KA 315/11](#) juris RdNr 31; LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 11.5.2016 L [11 KA 102/14](#) juris RdNr 27, 47; wohl auch Schiller/Pavlovic, MedR

2007, 86, 89; Frehse/Lauber, GesR 2011, 278, 280; für die Möglichkeit zur Teilnahme sowohl an der haus- wie an der fachärztlichen Versorgung im Rahmen von zwei unterschiedlichen Zulassungen (für zwei unterschiedliche Arztpraxen) vgl Rademacker in Kasseler Komm, Stand Dezember 2018, [   73 SGB V](#) RdNr 7). Das ergibt sich aus den Vorschriften über die Trennung beider Versorgungsbereiche.

21 a) [   73 Abs 1 S 1 SGB V](#) gliedert die vertragsärztliche Versorgung in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die Zuordnung zur haus- oder fachärztlichen Versorgung ist in [   73 Abs 1a SGB V](#) umfassend und abschlie  nd geregelt (BSG Urteil vom 31.5.2006 B [6 KA 74/04](#) R SozR 4 2500    73 Nr 1 RdNr 16; BSG Urteil vom 27.6.2007 B [6 KA 24/06](#) R SozR 4 2500    73 Nr 3 RdNr 18; BSG Urteil vom 28.10.2009 B [6 KA 22/08](#) R SozR 4 2500    73 Nr 4 RdNr 14, jeweils im umgekehrten Fall eines nur an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinarztes, der auch fachärztliche Leistungen abrechnen wollte; BSG Urteil vom 14.12.2011 B [6 KA 31/10](#) R SozR 4 2500    106a Nr 8 RdNr 16 im Fall einer haus- und fachärztlichen BAG). Nach [   73 Abs 1a S 1 SGB V](#) nehmen an der hausärztlichen Versorgung teil: Allgemeinärzte, Kinderärzte, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, Ärzte, die nach [   95a Abs 4](#) und 5 S 1 SGB V in das Arztregister eingetragen sind und Ärzte, die am 31.12.2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben. Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil ([   73 Abs 1a S 2 SGB V](#)). Die gleichzeitige Teilnahme an der hausärztlichen und an der fachärztlichen Versorgung kommt nur nach Maßgabe der in [   73 Abs 1a S 3 und S 4 SGB V](#) geregelten hier nicht einschlie  gigen Ausnahmen in Betracht. Diese Regelungen gelten für MVZ entsprechend, sofern, wie hier, nichts Abweichendes bestimmt ist ([   72 Abs 1 S 2 SGB V](#)).

22 Gemäß [   73 Abs 1a S 1](#) und 2 SGB V werden somit 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 ihnen zugehörigen Versorgungsbereich abrechnen dürfen. Die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich einschließlich der grundsätzlichen Zuordnung der Arztgruppen zu dem jeweiligen Versorgungsbereich ist vom Senat und vom BVerfG als rechtmäßig beurteilt worden (vgl zB BSG Urteil vom 18.6.1997 [6 RKa 58/96](#) BSGE 80, 256, 258 ff = SozR 3 2500    73 Nr 1 S 3 ff; BVerfG Beschluss vom 17.6.1999 [1 BvR 2507/97](#) SozR 3 2500    73 Nr 3 S 16 f). 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 st  ndigen Zunahme spezieller fachärztlicher Leistungen entgegenzuwirken, dadurch ökonomische Fehlentwicklungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zu beseitigen und so die Qualität der Versorgung der Patienten sowie die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern (BSG Urteil vom 31.5.2006 B [6 KA 74/04](#) R SozR 4 2500    73 Nr 1 RdNr 11).

23 b) Die grundlegende Trennung von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung ([Â§ 73 Abs 1 S 1 SGB V](#)) sowie die umfassende und abschließende Zuordnung von Arztgruppen entweder zum hausärztlichen oder zum fachärztlichen Versorgungsbereich ([Â§ 73 Abs 1a SGB V](#)) schließt es jedenfalls im Rahmen derselben Zulassung oder derselben Anstellung grundsätzlich aus, dass ein Arzt gleichzeitig an der hausärztlichen und an der fachärztlichen Versorgung teilnimmt (vgl BSG Urteil vom 14.12.2011 B [6 KA 31/10](#) R SozR 4 2500 Â§ 106a Nr 8 RdNr 16; BSG Urteil vom 28.10.2009 B [6 KA 22/08](#) R SozR 4 2500 Â§ 73 Nr 4 RdNr 12 mwN). Gehört ein Arzt einer Arztgruppe an, deren Ausbildung ihn nach [Â§ 73 Abs 1a SGB V](#) für die Teilnahme in beiden Versorgungsbereichen qualifiziert, muss sich der Arzt für einen der beiden Bereiche entscheiden (vgl Begründung des Entwurfs eines Gesundheits Strukturgesetzes der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP, BT Drucks 12/3608 S 83). Das Verbot, gleichzeitig hausärztlich und fachärztlich tätig zu sein, gilt unabhängig vom Umfang des Versorgungsauftrags.

24 Die Rechtsprechung des Senats zur Möglichkeit einer Zulassung für mehrere Fachgebiete steht dem nicht entgegen, da in den entschiedenen Fällen jeweils alle von einer sog "Doppelzulassung" erfassten Fachgebiete nur dem fachärztlichen Versorgungsbereich unterfielen (vgl BSG Urteil vom 28.9.2016 B [6 KA 1/16](#) R SozR 4 2500 Â§ 95 Nr 30 RdNr 30: Frauenheilkunde und Anästhesiologie; BSG Urteil vom 11.5.2011 B [6 KA 2/10](#) R SozR 4 2500 Â§ 87 Nr 25 RdNr 23: Augenheilkunde und Neurologie; BSG Beschluss vom 24.9.2003 B [6 KA 52/03](#) B Juris RdNr 10: Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie; BSG Urteil vom 26.1.2000 B [6 KA 53/98](#) R SozR 3 2500 Â§ 95 Nr 22 S 94: Orthopädie und Chirurgie; BSG Urteil vom 20.1.1999 B [6 KA 78/97](#) R SozR 3 2500 Â§ 87 Nr 20 S 104 f: Urologie und Chirurgie). Die Zulassung der Teilnahme von Mund , Kiefer und Gesichtschirurgen sowohl an der vertragsärztlichen als auch an der vertragszahnärztlichen Versorgung wurzelt in den Besonderheiten des Berufsbilds dieser Arztgruppe (ausführlich hierzu BSG Urteil vom 17.11.1999 B [6 KA 15/99](#) R [BSGE 85, 145](#), 147 f = SozR 3 5525 Â§ 20 Nr 1 S 3 f). Es handelt sich hierbei um eine grundsätzlich systemfremde Ausnahme (BSG Urteil vom 23.3.2016 B [6 KA 7/15](#) R SozR 4 2500 Â§ 75 Nr 16 RdNr 25), die nicht verallgemeinerungsfähig ist und deshalb keine Anwendung auf andere Arztgruppen als Mund , Kiefer und Gesichtschirurgen finden kann.

25 c) Die Trennung von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung ist durch die Einführung hauptberuflicher Versorgungsaufträge auch nicht obsolet geworden. Zutreffend weist der Beklagte darauf hin, dass das VdG vom 22.12.2006 ([BGBl I 3439](#)) das Verbot der gleichzeitigen Teilnahme an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung weder eingeschränkt noch abgeschwächt hat. Obgleich die Rechtsprechung des Senats zur abschließenden und umfassenden Vorschrift des [Â§ 73 Abs 1a SGB V](#) (BSG Urteil vom 31.5.2006 B [6 KA 74/04](#) R SozR 4 2500 Â§ 73 Nr 1 RdNr 16) zum Zeitpunkt des Gesetzesbeschlusses bereits bekannt gewesen ist, regelt das VdG keine Durchbrechung des Grundsatzes der Trennung der Versorgungsbereiche für den Fall einer jeweils hauptberuflichen Zulassung zur haus- und fachärztlichen Versorgung. Dass dem Gesetzgeber die Notwendigkeit von zulassungsrechtlichen Kompatibilitätsregelungen durchaus bewusst gewesen ist, zeigt die Einföhrung des Â§ 20 Abs 2 S 2

Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Ärzte-ZV ("Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar"). Von einer mit dieser Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung vergleichbaren Verschränkung der hausärztlichen und fachärztlichen Tätigkeit aufgrund jeweils hängiger Zulassungen haben das VdG und nachfolgende Gesetze zur Änderung des SGB V jedoch abgesehen.

26 Sinn und Zweck der Einführung hängiger Versorgungsaufträge durch [§ 95 Abs 3 S 1 SGB V](#) und [§ 98 Abs 2 Nr 10 SGB V](#) iVm § 19a Abs 2 S 1 Ärzte ZV werden dadurch nicht verfehlt. Der Gesetzgeber hat durch das VdG ua [§ 95 Abs 3 S 1 SGB V](#) mit Wirkung zum 1.1.2007 dahingehend geändert, dass die Zulassung bewirkt, dass der Vertragsarzt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden zeitlich vollen oder hängigen Versorgungsauftrags berechtigt und verpflichtet ist. Folgeregelungen betreffen das hängige Ruhen ([§ 95 Abs 5 S 2 SGB V](#)) bzw die hängige Entziehung der Zulassung ([§ 95 Abs 6 S 2 SGB V](#)). Die in [§ 98 Abs 2 Nr 10 SGB V](#) enthaltene Vorgabe, dass die Zulassungsverordnungen die nähere Bestimmung des zeitlichen Umfangs des Versorgungsauftrags aus der Zulassung enthalten müssen, ist in § 19a Ärzte ZV umgesetzt worden. Danach ist der Arzt grundsätzlich verpflichtet, seine vertragsärztliche Tätigkeit vollzeitig auszuüben (Abs 1); er ist jedoch nach Abs 2 S 1 berechtigt, durch schriftliche Erklärung gegenüber dem ZA seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte des Versorgungsauftrags nach Abs 1 zu beschränken. Sofern der Vertragsarzt die ihm bereits erteilte Zulassung gemäß § 19a Abs 2 Ärzte-ZV auf einen hängigen Versorgungsauftrag beschränkt hat oder ihm von vornherein nur eine Zulassung mit hängigem Versorgungsauftrag erteilt wurde, steht ihm bei Erfüllung der Zulassungsvoraussetzungen im übrigen ein Rechtsanspruch auf Erteilung einer zweiten Zulassung mit hängigem Versorgungsauftrag zu (BSG Urteil vom 11.2.2015 B [6 KA 11/14](#) R SozR 4 2500 § 95 Nr 29 RdNr 20 im Fall einer jeweils hängigen Zulassung als Zahnarzt in Bezirken unterschiedlicher Kassenzahnärztlicher Vereinigungen). Dabei spielt es keine Rolle, ob diese Vertragsarztsitze im Bezirk derselben oder zweier verschiedener KVen liegen.

27 Hieraus folgt jedoch nicht, dass eine Ärztin im Rahmen ihres Anstellungsverhältnisses bei der KÄgerin zugleich halb hausärztlich-internistisch und halb fachärztlich-internistisch tätig sein darf. Die Beschränkung des Versorgungsauftrags auf die Hälfte einer vollzeitigen Tätigkeit zielt auf die "Flexibilisierung der beruflichen Betätigungsmöglichkeiten (insbesondere auch zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf und Familie) sowie zur besseren Bewältigung von Unterversorgungssituationen" (Entwurf eines VdG, BT Drucks 16/2474 S 21). Die Flexibilisierung des zeitlichen Umfangs eines Versorgungsauftrags verlangt jedoch keinen Dispens von weiteren allgemeinen Zulassungs- und Genehmigungsvoraussetzungen. Die bloße Minderung des zeitlichen Umfangs einer fachärztlichen Tätigkeit begründet kein Recht auf entsprechende Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung unter Ausklammerung gesetzlicher Vorgaben.

28 d) Auch die Anerkennung fachübergreifender MVZ oder fachübergreifender BAG, in denen sowohl hausärztliche wie fachärztliche Leistungen erbracht werden, ändert nichts an der grundlegenden Trennung von haus und fachärztlicher Versorgung. Der einzelne Arzt muss sich ungeachtet solcher Kooperationen auf einen Versorgungsbereich festlegen und kann die Grenzen, die der Tätigkeit in diesem Versorgungsbereich gesetzt sind, nicht dadurch überwinden, dass er eine Zulassung für beide Versorgungsbereiche erhält. Für die hier im MVZ angestellte Ärztin gilt nichts anderes.

29 Die in [Â§ 73 Abs 1a SGB V](#) geregelte Zuordnung von Arztgruppen zur hausärztlichen oder zur fachärztlichen Versorgung prägt die Rechte und Pflichten der Ärzte bei der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Folge der Zuordnung ist, dass die den jeweiligen Arztgruppen angehörenden Ärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich nur Leistungen aus dem Versorgungsbereich abrechnen dürfen, dem sie zugeordnet sind (BSG Urteil vom 27.6.2007 B [6 KA 24/06](#) R SozR 4 2500 Â§ 73 Nr 3 RdNr 13). Der durch [Â§ 73 Abs 1a SGB V](#) geprägte Teilnahmestatus konkretisiert die mit der Zulassung verbundene Rechtsstellung; er ist Bestandteil der Zulassung (vgl. Klackmann in Hauck/Noftz, SGB V, K Â§ 73 RdNr 9, Stand Mai 2013; Kremer/Wittmann, Vertragsärztliche Zulassungsverfahren, 3. Aufl 2018, RdNr 1281). Ist der Adressat der Zulassung wie hier ein MVZ, gegenüber dem die Anstellungsgenehmigung statusbildenden Charakter entfaltet (vgl. BSG Urteil vom 20.9.1995 [6 RKA 37/94](#) SozR 3 5525 Â§ 32b Nr 1 S 4), weil das MVZ ohne die Anstellungsgenehmigung nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen kann (BSG Urteil vom 11.12.2013 B [6 KA 39/12](#) R SozR 4 2500 Â§ 75 Nr 14 RdNr 16 mwN), ist das Trennungsprinzip von haus und fachärztlicher Versorgung auch im Rahmen einer Anstellungsgenehmigung zu beachten.

30 Der Wortlaut des [Â§ 73 Abs 1a SGB V](#) ordnet bestimmte "Ärzte" der "hausärztlichen Versorgung" und "die übrigen Fachärzte" der "fachärztlichen Versorgung" zu. Dafür ist allein die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung entscheidend. Aus welchem Rechtsgrund oder mit welchem Status dies geschieht, ist unerheblich. Insbesondere unterscheidet der Wortlaut der Norm nicht zwischen Zulassung und Anstellungsgenehmigung. Er enthält auch keine Rechtsbegriffe, die Rückschlüsse auf das Erfordernis einer bestimmten Teilnahmeberechtigung erlauben (zB "Versorgungsauftrag", der nach [Â§ 95 Abs 3 S 1 SGB V](#) und [Â§ 98 Abs 2 Nr 10 SGB V](#) aus der Zulassung folgt). Ebenso wenig kommt es für die Zuordnung zur hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung auf den zeitlichen Umfang der Teilnahme an.

31 Auch die Entstehungsgeschichte des [Â§ 73 Abs 1a SGB V](#) spricht für die Geltung des Trennungsprinzips auch für die in einer BAG oder in einem MVZ angestellten Ärzte. Laut Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit des Bundestages (BT Drucks 14/1977 S 163 zu Â§ 73 Abs 1a) sollten die Regelungen des [Â§ 73 Abs 1a S 1](#) und 2 SGB V in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22.12.1999 ([BGBl I 2626](#)) "alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte" erfassen und sie "entweder der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung" zuordnen.

32 Die Gesetzessystematik veranlasst keine abweichende Beurteilung. Aus der Verortung der Regelungen des [Â§ 73 SGB V](#) im ersten Titel ("Sicherstellung der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung") und nicht im siebten Titel ("Voraussetzungen und Formen der Teilnahme von Ärzten und Zahnärzten an der Versorgung") des zweiten Abschnitts des vierten Kapitels des SGB V folgt nicht, dass [Â§ 73 SGB V](#) kein Maßstab zur Beurteilung der Rechtmäßigkeit der Zulassung oder Anstellungsgenehmigung für einen konkreten Arzt sein kann (aA LSG Nordrhein-Westfalen Urteil vom 11.5.2016 L [11 KA 102/14](#) Juris RdNr 65). Zutreffend weist die beigeladene KÄV darauf hin, dass die normative Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Bereich sowie die Zuordnung der Arztgruppen zur hausärztlichen oder zur fachärztlichen Versorgung eine über die im siebten Titel geregelten Statusentscheidungen hinausgehende Bedeutung entfaltet und deshalb, gleichsam vor die Klammer gezogen, im ersten Titel verortet worden ist. Insbesondere wirkt sich die Trennung von hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung auch auf die im zweiten Titel enthaltenen Vorschriften über die Verfasstheit der KVen (vgl. [Â§ 79 Abs 3a SGB V](#) zum Stimmrecht und Stimmgewicht in der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der erkennbar davon ausgeht, dass die Versorgungsbereiche auch personell strikt getrennt sind; [Â§ 79c SGB V](#) zur Bildung beratender Fachausschüsse; [Â§ 80 Abs 2 S 3 SGB V](#) zum Vorschlagsrecht für die Vorstandswahl) und auf die im dritten Titel ausgestalteten gesetzlichen Vorgaben der Honorarverteilung aus (vgl. [Â§ 87 Abs 2a S 1 SGB V](#) zur Gliederung des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen, [Â§ 87b Abs 1 S 1 SGB V](#) zur Verteilung der Gesamtvergütung).

33 Umgekehrt stehen die statusregelnden Vorschriften des siebten Titels im engen Zusammenhang mit den Regelungen des achten Titels ("Bedarfsplanung, Unterversorgung, Überversorgung"). Aus dem Bedarfsplanungsrecht des achten Titels ergeben sich objektive Zulassungsvoraussetzungen (Kremer/Wittmann, aaO, RdNr 354). Das (Nicht-)Bestehen von Zulassungsbeschränkungen nach [Â§ 103 Abs 1 S 2 SGB V](#) (achter Titel) ist Tatbestandsvoraussetzung der die Ablehnung der Zulassung oder Anstellungsgenehmigung in einem MVZ rechtfertigenden Regelung des [Â§ 95 Abs 2 S 9 SGB V](#) (siebter Titel). Auch [Â§ 95 Abs 9 S 1](#) und 2 SGB V knüpfen die Anstellungsgenehmigung bei einem Vertragsarzt tatbestandlich an das (Nicht-)Vorhandensein von bedarfsplanungsrechtlichen Zulassungsbeschränkungen. Umgekehrt begründen [Â§ 103 Abs 4a S 1](#) und [Abs 4b S 1 SGB V](#) gesetzliche Ansprüche auf die Erteilung einer Anstellungsgenehmigung, obgleich diese Vorschrift nicht zum siebten, sondern zum achten Titel zählt. Die mannigfaltige titelübergreifende Verschränkung statusrelevanter Regelungen zeigt, dass die systematische Stellung des [Â§ 73 Abs 1. Abs 1a SGB V](#) der Ableitung objektiver Zulassungs- und Genehmigungsvoraussetzungen aus dieser Vorschrift nicht entgegensteht.

34 Die vergleichende Betrachtung der Rechtsfolgen bestätigt dies. Die statusprägenden Regelungen des [Â§ 95 SGB V](#) berechtigen und verpflichten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. [Â§ 95 Abs 1 S 1, Abs 3 S 1, Abs 4 S 1 SGB V](#)). Die Regelungen des [Â§ 73 Abs 1a S 1](#) und 2 SGB V sind, differenziert nach Versorgungsbereichen, auf dieselbe Rechtsfolge gerichtet ("An

der hausärztlichen Versorgung nehmen teil" bzw "nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil").

35 e) Die Erfüllung der besonderen Aufgaben von Hausärzten soll zudem nach dem Willen des Gesetzgebers nicht durch die Möglichkeit gleichzeitiger fachärztlicher Tätigkeit beeinträchtigt werden. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet gemäß [Â§ 73 Abs 1 S 2 SGB V](#) insbesondere die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes, die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung und Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung, die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen. Schließlich darf der Hausarzt mit Einwilligung des Versicherten bei anderen Leistungserbringern die seinen Patienten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben ([Â§ 73 Abs 1b S 1 SGB V](#)).

36 Die Konzentration auf die Wahrnehmung dieser Versorgungsfunktionen (sog "Lotsenfunktion") der Hausärzte (vgl hierzu BSG Urteil vom 6.9.2006 B [6 KA 29/05](#) R SozR 4 2500 Â§ 85 Nr 26 RdNr 16, 25 mwN) soll nach dem Willen des Gesetzgebers nicht durch die Möglichkeit gleichzeitiger fachärztlicher Tätigkeit beeinträchtigt werden (BSG Urteil vom 31.5.2006 B [6 KA 74/04](#) R SozR 4 2500 Â§ 73 Nr 1 RdNr 17). Die beigelegte KÄV weist zutreffend darauf hin, dass es nicht nur vorstellbar ist, sondern sogar naheliegt, dass ein Patient, der einen Hausarzt aufsucht oder von diesem zu Hause besucht wird, sich direkt im Anschluss auch fachärztlich behandeln lässt (vgl auch Frehse/Lauber, GesR 2011, 278, 280). Nachteile für die Versicherten hinsichtlich einer auch nur faktischen Beeinträchtigung der Arztwahlfreiheit sowie Nachteile für die Kostenträger bei der Leistungssteuerung und Abrechnungskontrolle sind nicht auszuschließen. Ein Hausarzt, der zur anderen Hälfte fachärztlich tätig ist, wird sich im Rahmen seiner hausärztlichen Tätigkeit nicht davon lassen können, im jeweiligen Behandlungsfall zugleich auch seinen spezialisierten fachärztlichen Blickwinkel einzunehmen. Nach der Rechtsprechung des Senats ist deshalb gerade bei fach- und versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxen eine eindeutige Abgrenzung der jeweiligen Versorgungsbereiche erforderlich, weil die Gefahr besteht, dass andernfalls die gesetzlich vorgegebene Trennung der haus- und fachärztlichen Versorgungsbereiche unterlaufen würde (BSG Urteil vom 14.12.2011 B [6 KA 31/10](#) R SozR 4 2500 Â§ 106a Nr 8 RdNr 24). Die zulässige Behandlung durch einen Hausarzt und einen nicht personengleichen Facharzt in einem MVZ oder einer versorgungsbereichsübergreifenden BAG unterscheidet sich von der hier beabsichtigten Behandlung durch eine Ärztin, die sowohl hausärztlich als auch fachärztlich tätig sein soll.

37 f) Auch das Argument der Klägerin, es sei im Sinne der Patienten insbesondere derjenigen aus dem von der Praxis versorgten Pflegeheim, dass Dr. K. sowohl hausärztliche wie fachärztliche Leistungen erbringen könne, führt zu keiner

anderen Beurteilung. Der Gesetzgeber hat die Versorgungsbereiche getrennt und dabei insbesondere das Ziel verfolgt, die hausärztliche Versorgung zu stärken und als gleichberechtigt gegenüber der fachärztlichen Versorgung zu etablieren. Das ist auch gerade dadurch umgesetzt worden, dass hausärztliche Leistungspositionen geschaffen worden sind, die nur Hausärzte erbringen dürfen, und im Gegenzug Leistungen bezeichnet worden sind, die Hausärzte in der vertragsärztlichen Versorgung auch dann nicht erbringen dürfen, wenn sie dazu berufsrechtlich und nach ihrer Fachkunde in der Lage wären. Dem liegt ein sachgerechtes Konzept der Gesetzgebung zu Grunde, das nicht dadurch in Frage gestellt wird, dass es im Einzelnen zu Komplikationen kommen kann, die nicht auftreten würden, wenn jeder Arzt alle Leistungen erbringen könnte.

38 g) Da das BVerfG die Regelungen des [Â§ 73 Abs 1 S 1 und Abs 1a SGB V](#) nicht als verfassungswidrig beanstandet hat (Beschluss vom 17.6.1999 [1 BvR 2507/97](#) SozR 3 2500 Â§ 73 Nr 3 S 16 f), besteht auch keine Notwendigkeit, das aus diesen Normen abgeleitete Verbot der gleichzeitigen Teilnahme an der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung im Lichte der Berufsfreiheit ([Art 12 Abs 1 GG](#)) oder des allgemeinen Gleichheitssatzes ([Art 3 Abs 1 GG](#)) grundrechtskonform zu beschränken.

39 Da folglich ein Arzt im Rahmen ein und desselben Anstellungsverhältnisses oder ein und derselben Zulassung nicht in verschiedenen Versorgungsbereichen tätig sein darf, hat die Klägerin keinen Anspruch auf die begehrte Anstellungsgenehmigung. Der Senat lässt offen, ob ein Arzt in einem KVV-Bezirk im Umfang eines halben Versorgungsauftrags hausärztlich-internistisch und zugleich in einem anderen KVV-Bezirk im Umfang eines halben Versorgungsauftrags fachärztlich-internistisch tätig sein kann. Ein solcher Sachverhalt liegt hier nicht vor.

40 D. Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm [Â§ 154 Abs 1](#) und [Â§ 162 Abs 3 VwGO](#).

Erstellt am: 09.01.2020

Zuletzt verändert am: 21.12.2024