BUNDESSOZIALGERICHT

Beschluss

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 7/08 B

L 2 KA 26/06 (LSG Hamburg)
S 27 KA 4/05 (SG Hamburg)

…….. ,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigter: …… ,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg,

Beklagte und Beschwerdegegnerin,

beigeladen:

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung,
   Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin,

2. AOK-Bundesverband,
   Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn,

3. Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
   Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen,

4. Bundesverband der Innungskrankenkassen,
   Friedrich-Ebert-Straße, 51429 Bergisch Gladbach,

5. Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
   Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel,

6. Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,
   Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum,

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

7. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
   Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,

8. Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
   Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 28. Mai 2008 durch den Richter Dr. W e n n e r als Vorsitzenden, die Richter Dr. C l e m e n s und G a s s e r sowie die ehrenamtliche Richterin Dr. Z e c h und den ehrenamtlichen Richter Dr. S e e g e r s beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 19. September 2007 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Der Streitwert wird auf 5.764 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

1 Der als Arzt für Allgemeinmedizin an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Kläger begehrt von der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung <KÄV> (auch) für das Quartal I/2004 die Vergütung von 85 gastroskopischen Leistungen nach Nr 741 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (in der bis zum 31.3.2005 geltenden Fassung <EBM-Ä aF>). Die Beklagte lehnte die Vergütung dieser Leistungen mit der Begründung ab, der Kläger dürfe nach Ablauf des Jahres 2002 als an der hausärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt Gastroskopien nach Nr 741 EBM-Ä aF nicht mehr erbringen und abrechnen.

2 Der Kläger ist mit Widerspruch, Klage und Berufung erfolglos geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Zurückweisung der Berufung damit begründet, die Partner der Bundesmantelverträge (BMVe) hätten am 20.6.2000 die Liste der für Hausärzte nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen iS des § 6 des Hausarztvertrages durch die Vereinbarung Nr 2

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

zum Hausarztvertrag *(Anlage 5 des BMV-Ärzte bzw des BMV-Ärzte/Ersatzkassen <EKV-Ä>)* dahin erweitert, dass auch die Leistungen nach den Nrn 731 bis 741 EBM-Ä aF für an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte längstens noch bis zum 31.12.2002 *(§ 9 Abs 2 Hausarztvertrag)* berechnet werden dürfen. Diese Regelung stehe mit höherrangigem Recht im Einklang, und die Übergangsfrist von zweieinhalb Jahren sei auch unter Vertrauensschutzgesichtspunkten ausreichend (Urteil vom 19.9.2007).

3 Mit seiner Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision macht der Kläger geltend, im Rechtsstreit seien Fragen von grundsätzlicher Bedeutung zu entscheiden *(Zulassungsgrund gemäß § 160 Abs 2 Nr 1 SGG)*.

II

4 Die Beschwerde hat keinen Erfolg. Sie ist zulässig, aber unbegründet. Im Rechtsstreit sind keine Fragen von grundsätzlicher Bedeutung mehr zu entscheiden. Die vom Kläger aufgeworfene Frage, ob die Übergangsfrist für die Erbringung gastroskopischer Leistungen durch Hausärzte iS des § 9 Abs 2 Hausarztvertrag rechtmäßig ist, ist nicht (mehr) klärungsbedürftig. Die Antwort auf diese Frage lässt sich ohne Weiteres - ohne dass es der Klärung in einem Revisionsverfahren bedarf - aus den einschlägigen Rechtsvorschriften iVm der bereits vorliegenden Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) entnehmen *(zur Verneinung der Klärungsbedürftigkeit im Falle klarer Antwort siehe zB BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6; SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38)*.

5 Mit der Zuweisung bestimmter ärztlicher Leistungen in den hausärztlichen und in den fachärztlichen Versorgungsbereich wird die im Dezember 1992 durch das Gesundheitsstrukturgesetz festgeschriebene Trennung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche Versorgung und eine fachärztliche Versorgung umgesetzt. Nach § 73 Abs 1c SGB V haben die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich das Nähere, insbesondere über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung, zu vereinbaren. Auf dieser Rechtsgrundlage haben die Vertragspartner mit Wirkung zum 1.1.1994 als Anlage 5 zum BMV-Ä bzw EKV-Ä den "Vertrag über die hausärztliche Versorgung (Hausarztvertrag)" geschlossen. In § 6 Abs 2 dieses Vertrages in der seit seinem Inkrafttreten unveränderten Fassung ist bestimmt, dass die Vertragspartner nach Maßgabe des Abs 1 eine Liste über solche Leistungen erstellen, die in der hausärztlichen Versorgung nicht vergütet werden. Diese Liste kann bei Bedarf weiterentwickelt oder präzisiert werden. Von dieser Befugnis zur Weiterentwicklung haben die Vertragspartner zwischenzeitlich durch zwei Vereinbarungen Gebrauch gemacht. In der ersten zum 1.1.1996 geschlossenen Vereinbarung (Nr 1) sind bestimmte gastroenterologische Leistungen von der Erbringbarkeit in der hausärztlichen Versorgung ausgeschlossen worden *(näher dazu Senatsurteil vom*

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

27.6.2007 - B 6 KA 24/06 R - GesR 2008, 22 = ZMGR 2007, 149, zur Veröffentlichung auch in SozR 4 vorgesehen). In der zum 1.10.2000 in Kraft getretenen Vereinbarung Nr 2 ist der Katalog der nicht berechnungsfähigen Leistungen ua um die hier streitbefangenen Nrn 731 bis 741 EBM-Ä aF erweitert worden. Für die grundsätzlich seit dem 1.10.2000 nicht mehr berechnungsfähigen Leistungen ist den hausärztlich tätigen Vertragsärzten, die diese Leistungen bis zum 1.4.2000 regelmäßig erbracht hatten, eine Übergangsfrist bis zum 31.12.2002 zugebilligt worden *(§ 9 Abs 2 Hausarztvertrag)*.

6 In der Rechtsprechung des Senats ist geklärt, dass die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung mit höherrangigem Recht in Einklang steht, und dass die Vertragspartner auf der Grundlage des § 73 Abs 1c SGB V berechtigt und verpflichtet sind, die Zuordnung der einzelnen ärztlichen Leistungen zum hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungsbereich vorzunehmen *(zuletzt Senatsurteil vom 27.6.2007, aaO, RdNr 13 ff)*. Die gastroenterologischen Leistungen nach den Nrn 730 bis 745 fanden sich in Kapitel F IV des EBM-Ä aF, das die Leistungen der Inneren Medizin beschreibt. Dass insbesondere die Gastroskopie nach Nr 741 EBM-Ä aF eine spezielle, besondere Anforderungen stellende Untersuchungsmethode darstellt, die die Vertragspartner ausschließlich der fachärztlichen Versorgung zuweisen dürfen, steht nicht in Frage und wird vom Kläger inzwischen auch nicht mehr bezweifelt. Die den Hausärzten, die bis zum Inkrafttreten der Vereinbarung Nr 2 zu § 6 Abs 2 des Hausarztvertrages (auch) Gastroskopien erbracht haben, eingeräumte Übergangsfrist des § 9 Abs 2 bis zum 31.12.2002 ist auch unter Vertrauensschutzgesichtspunkten ausreichend bemessen *(vgl Senatsurteil vom 27.6.2007, aaO, RdNr 21)*.

7 Zu Recht weist das LSG in diesem Zusammenhang darauf hin, dass jedenfalls in dem aus der Sicht des Klägers entscheidenden Zeitpunkt im Mai 2000, als er über einen Leasingvertrag eine gastroskopische Untersuchungseinheit angeschafft und dafür Kosten von 54 Monatsraten in Höhe von 354,75 DM aufgewandt hat, von den Vertragspartnern bereits eine Neufassung des Katalogs der in der hausärztlichen Versorgung nicht mehr erbringbaren Leistungen im Deutschen Ärzteblatt vom 3.3.2000 angekündigt worden war *(s DÄ 2000, A-561 unter 3.)*. Unabhängig von dem Grad der Konkretisierung dieser Ankündigung musste im Mai 2000 jeder hausärztlich tätige Arzt, der Investitionen in spezifisch fachärztliche Untersuchungsgeräte tätigen wollte, sorgfältig prüfen und abwägen, ob für die Amortisation eines entsprechenden Gerätes hinreichende Möglichkeiten zur Verfügung standen. Im Mai 2000 war die Trennung der Versorgungsbereiche bereits seit sieben Jahren geltendes Recht und seit über sechs Jahren praktisch umgesetzt. Für einen mit den Gegebenheiten der vertragsärztlichen Versorgung vertrauten Arzt konnte es keinem Zweifel unterliegen, dass spezielle Untersuchungsverfahren im Bereich der Gastroenterologie nicht auf Dauer auch dem hausärztlichen Bereich zugeordnet bleiben würden. Wenn sich ein Arzt gleichwohl im Mai 2000 dazu entschloss, in ein entsprechendes Untersuchungsgerät zu investieren, musste er die wirtschaftlichen Folgen dieser Entscheidung selbst tragen. Die Partner der BMVe waren nicht verpflichtet, für die übergangsweise Zulassung

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

der Erbringung spezialisierter gastroenterologischer Untersuchungsleistungen durch Hausärzte eine mehr als zweieinhalbjährige Übergangsfrist einzuräumen. Eine Frist von neun Jahren, wie sie in § 9 Abs 1 des Hausarztvertrages im Zusammenhang mit der erstmaligen Umsetzung der Trennung der Versorgungsbereiche im Jahr 1994 vorgesehen war *(dazu BSG SozR 3-2500 § 87 Nr 17 S 73)*, musste nicht auch bei Erweiterungen des Katalogs der in der hausärztlichen Versorgung ausgeschlossenen Leistungen eingeräumt werden. Die Übergangsfrist im Zusammenhang mit der späteren Neuzuordnung einzelner Leistungen durfte vielmehr wesentlich kürzer sein, zumal wenn diese Leistungen - wie hier - ohne Frage der Sache nach immer Bestandteil der fachärztlichen Versorgung waren. Die vorliegend gegebene Frist von ca zweieinhalb Jahren reichte jedenfalls aus *(s dazu schon den Hinweis im Senatsurteil vom 27.6.2007, aaO, RdNr 21 betr Nr 740 EBM-Ä aF)*.

8 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 2 und § 162 Abs 3 Verwaltungsgerichtsordnung. Die Festsetzung des Streitwerts hat ihre Grundlage in § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1, § 47 Abs 1 und 3 Gerichtskostengesetz.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS