

S 12 KA 807/06

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 807/06

Datum

07.03.2007

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 28/07

Datum

04.02.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Einem Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin kann eine Genehmigung für Leistungen nach Nr. 09323 EBM 2005 nicht erteilt werden. Eine KV ist nicht berechtigt, durch einen Vorstandsbeschluss hiervon eine abweichende Regelung zu treffen.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Er hat auch die Gerichtskosten zu tragen.

3. Der Streitwert wird auf 5000,00 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen nach Nr. 09323 EBM 2005 (Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung, 210 Punkte) für die Quartale ab I/06 ff.

Der Kläger ist seit dem 18.04.1995 als Vertragsarzt niedergelassen und nimmt seit dem 01.01.1996 als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung im hausärztlichen Bereich teil.

Am 05.01.2006 beantragte er die Genehmigung zur Abrechnung der Nr. 09323 EBM 2005 ab dem 01.07.2005. Er führte zur Begründung an, er führe Typogramme von Anfang an durch. Er verfüge über ein entsprechendes Gerät, sein Personal sei hierfür ausgebildet. Es handele sich um einen wichtigen Teil der Diagnostik von Hörstörungen oder Hörschwächen bei Kindern. Damit könnten u. U. auch damit verbundene Sprachstörungen festgestellt werden. Ein Hörtest reiche hierfür nicht aus. Sein Berufsverband habe dies auch für Vorsorgeuntersuchungen empfohlen.

Mit Bescheid vom 16.01.2006 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Sie führte aus, die Bestimmungen des EBM 2005 beinhalteten eine fachgruppenspezifische Abrechnungssystematik. Zugleich sei in den Präambeln der einzelnen Kapitel niedergelegt worden, dass grundsätzlich ausschließlich die dort genannten Leistungen außerhalb des fachgruppenspezifischen Kapitels zur Abrechnung kommen könnten. Ausschlaggebend sei deshalb die fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen. Als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sei er auf die Leistungen nach Kapitel 4 EBM 2005 beschränkt. Die Leistungen nach Nr. 09323 EBM 2005 könne er nach einem Vorstandsbeschluss nur abrechnen, wenn diese Leistung vor dem 31.12.2002 abgerechnet und/oder ein Jahr Weiterbildung im Bereich der HNO-Heilkunde nachgewiesen worden sei. Der Kläger habe die Leistung nach Nr. 1597 EBM '96 zwar bereits vor dem 31.12.2002 erbracht, jedoch bestünden in A-Stadt und der näheren Umgebung keine Sicherstellungsprobleme.

Hiergegen legte der Kläger am 13.02.2006 Widerspruch ein. Zur Begründung trug er vor, im Quartal fielen etwa 60 Untersuchungen nach Nr. 09323 EBM 2005 an. In A-Stadt gebe es nur einen HNO-Arzt. Dieser sei aber nach Rücksprache wegen der Fallzahlobergrenze nicht interessiert, seine Scheinzahl zu erhöhen. Es gäbe auch viele ärmere Patienten, die einen weiter entfernt tätigen HNO-Arzt nicht aufsuchen könnten. Unnötige Überweisungen produzierten auch einen Punktwertverfall.

Mit Widerspruchsbescheid vom 08.05.2006, zugestellt am 18.05., wies die Beklagte den Widerspruch zurück. In der Begründung führte sie aus, aufgrund der fachgruppenspezifischen Abrechnungssystematik des EBM 2005 sei die fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen maßgebend. Als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sei er auf die Leistungen nach Kapitel 4 EBM 2005 beschränkt und könne die Leistungen nach Nr. 09323 EBM 2005 nicht abrechnen. Diese Leistung könne nur von Fachärzten für HNO-Heilkunde oder für

Phoniatrie und Pädaudiologie erbracht werden. Aus Sicherstellungsgründen komme eine Genehmigung nicht in Betracht; in den Quartalen I/04 bis I/05 habe der Kläger die Leistung nach Nr. 1597 EBM '96 zwischen 49 und 99 mal erbracht, der Anteil an der Gesamtpraxistätigkeit habe zwischen 3,86 % und 8,12 % gelegen. Das Aufsuchen eines anderen Arztes sei den Patienten in einem Umkreis von 50 km zumutbar. Die Untersuchungen seien von entsprechenden Fachärzten durchzuführen. Im Übrigen könne sie ihre Verwaltungspraxis für die Zukunft ändern. Dem stehe das Vertrauen eines Vertragsarztes nicht entgegen. Aus der früheren Abrechnungsberechtigung des Klägers erwachse kein Recht für die Zukunft. Eine rückwirkende Genehmigung komme generell nicht in Betracht, so dass der Antrag für die Quartale III und IV/05 schon aus diesem Grund abzulehnen gewesen sei.

Hiergegen hat der Kläger am 12.06.2006 die Klage erhoben. Er trägt ergänzend zu seinem Vorbringen im Verwaltungsverfahren vor, der EBM 2005 sei rechtswidrig. Die Honorarabrechnungen seien für ihn aus sich heraus nicht mehr nachvollziehbar. Die Leistungserbringung und Bewertungsrelationen des EBM würde über den Honorarverteilungsvertrag konterkariert werden. Leistungsmengen könnten nicht mehr ausgeweitet werden. Es gebe Verwerfungen zwischen den Fachgruppentöpfen, da Nervenärzte aus Kapitel 16 und 21 abrechnen dürften. Auch gebe es unterschiedliche Zeitbewertungen bei gleichen Leistungen. Er habe die Leistungen seit Jahren erbracht und besitze hierfür die Genehmigung. Eine neue Gebührenordnung könne dies nicht außer Kraft setzen. Der lokale Versorgungsbedarf werde durch den ortsansässigen HNO-Arzt nicht abgedeckt. Ein weiterer Arzt sitze 50 km entfernt. Dieser werde aus Kostengründen von den Patienten nicht aufgesucht.

Der Kläger beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 16.01.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.05.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. 09323 EBM 2005 für die Quartale ab I/06 ff. zu erteilen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid. Ergänzend trägt sie vor, das Genehmigungserfordernis bestehe erst mit Einführung des EBM 2005. Der EBM 2005 sei rechtmäßig. Die Einwände des Klägers träfen nicht zu. Die Behandlung eines Patienten dürfe nicht wegen Überschreitens einer Fallzahlobergrenze abgelehnt werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der Beratungen gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG -](#)). Sie konnte dies ohne mündliche Verhandlung tun, weil sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der angefochtene Bescheid vom 16.01.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.05.2006 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erteilung einer Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. 09323 EBM 2005 für die Quartale ab I/06 ff.

Nach dem ab 01.04.2005 geltenden EBM 2005 sind die abrechnungsfähigen Leistungen drei Bereichen zugeordnet: arztgruppenübergreifenden allgemeinen Leistungen, arztgruppenspezifischen Leistungen und arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen. Arztgruppenspezifische Leistungen unterteilen sich in Leistungen des hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereichs. In den arztgruppenspezifischen Kapiteln bzw. Abschnitten sind entweder durch Aufzählung der Leistungspositionen in den jeweiligen Präambeln oder Auflistung im Kapitel bzw. Abschnitt alle von einer Arztgruppe berechnungsfähigen Leistungen angegeben. Arztgruppenspezifische Leistungen können nur von den in der Präambel des entsprechenden Kapitels bzw. Abschnitts genannten Vertragsärzten, die die dort aufgeführten Kriterien erfüllen, berechnet werden (Abschnitt I 1.2.2 EBM 2005). Abrechnungsfähige Leistungen, deren Berechnung an ein Gebiet, einen Schwerpunkt (Teilgebiet), eine Zusatzbezeichnung oder sonstige Kriterien gebunden ist, setzen das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraus (vgl. Abschnitt I 1.2 bis 1.5 EBM 2005).

Die vom Kläger begehrten Leistungen nach Nr. 09323 EBM 2005 gehören zum Kapitel 9 EBM 2005. Es handelt sich um Leistungen nach Abschnitt III und damit um arztgruppenspezifische Leistungen. Kapitel 9 EBM 2005 fasst die Hals-Nasen-Ohrenärztlichen Leistungen zusammen. Die in Kapitel 9 EBM 2005 aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (Nr. 1 Präambel Kapitel 9.1 EBM 2005) erbracht werden; Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie können die weitgehend inhaltsgleiche Leistung nach Nr. 20323 EBM 2005 erbringen (Nr. 1 Präambel Kapitel 20.2 EBM 2005). Ferner können nach der zwischen den Bundesmantelvertragsparteien geschlossenen Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 vom 10.01.2005, DÄBl. 2005, Heft 1-2, S. A-77 = <http://daris.kbv.de>, im Folgenden abgekürzt als ErgVb) Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt am 31.03.2005 zugelassen sind, im Rahmen ihrer Weiterbildung auf Antrag solche Leistungen des EBM abrechnen, die im EBM ausschließlich einem der Schwerpunkte der Inneren Medizin zugeordnet sind. Die Kassenärztliche Vereinigung genehmigt einen Antrag, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass er über die erforderlichen persönlichen und strukturellen Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen, die einem Schwerpunkt der Inneren Medizin im EBM zugeordnet sind und die ggf. ergänzend in Richtlinien des Bundesausschusses oder in Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) niedergelegt sind, erfüllt und im Zeitraum vom 1. Januar 2003 bis 30. Juni 2004 schwerpunktmäßig diese Leistungen erbracht hat. Die Genehmigung ist unbefristet zu erteilen. In diesem Fall gelten für den Vertragsarzt auch die Abrechnungsbestimmungen, wie sie für einen Vertragsarzt gelten, der mit dem Gebiet Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung im fachärztlichen Versorgungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist (Absatz 4 ErgVb). Als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt,

erfüllt der Kläger diese Voraussetzungen nicht. Er ist auf die Erbringung der Leistungen nach Kapitel 4 EBM 2005 beschränkt (vgl. Präambel Kapitel 4 EBM 2005).

Die Beklagte hat die Bestimmungen des EBM 2005 zutreffend angewandt. Danach kann eine Genehmigung für die vom Kläger begehrten Leistungen nicht erteilt werden. Bei den Bewertungsmaßstäben handelt es sich um Normsetzung durch Vertrag (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, Az: [B 6 KA 44/03 R](#), [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 78). Die Beklagte ist hieran ebenso wie ein Vertragsarzt gebunden (vgl. [§ 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V](#)).

Soweit die bereits genannte Ergänzende Vereinbarung ebenso wie die Beklagte davon ausgeht, die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten wegen der Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 72 SGB V](#) aus Sicherstellungsgründen allen Vertragsärzten sowohl eine Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums als auch die Abrechnung einzelner ärztlicher Leistungen auf Antrag des Vertragsarztes genehmigen, was auch für eine Erhöhung der Fallpunktzahl der Regelleistungsvolumen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) gelte, so handelt es sich nach der Rechtsprechung der Kammer hierbei lediglich um eine Rechtsansicht. Eine eigenständige Ermächtigungsgrundlage zum Abweichen vom EBM 2005, der detailliert und im Einzelnen regelt, inwiefern Leistungen anderer Kapitel abgerechnet werden können, wurde damit nicht geschaffen. [§ 72 SGB V](#), der lediglich allgemeine Vorgaben zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung enthält, ist ebf. keine Rechtsgrundlage für ein Abweichen von den Vorgaben des EBM 2005 (vgl. SG Marburg, Ur. v. 19.07.2006 – [S 12 KA 23/06](#) – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)). Dies kann hier aber letztlich dahingestellt bleiben, da die Beklagte insofern zutreffend im angefochtenen Widerspruchsbescheid ausgeführt hat, dass ein ungedeckter Bedarf im Versorgungsbereich des Klägers nicht besteht. Hierauf wird im Einzelnen verwiesen ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)).

Die genannten Bestimmungen des EBM 2005 sind auch rechtmäßig.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Leistungen sind entsprechend der in [§ 73 Abs. 1 SGB V](#) festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. März 2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass, unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen, Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden ([§ 87 Abs. 2a Satz 5 SGB V](#)). Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 5 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Grunde zu legen ([§ 87 Abs. 2a Satz 6 SGB V](#)). Die Regelungen nach den Sätzen 1, 2, 5, 6 und 9 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2004 zu treffen ([§ 87 Abs. 2a Satz 10 SGB V](#)).

Die Ermächtigungsgrundlage für den EBM in [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) genügt den Anforderungen des Parlamentsvorbehalts. Trotz der Grundrechtsrelevanz ([Art. 12 Abs. 1 GG](#)) ist die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Partner der Bundesmantelverträge verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Denn der Gesetzgeber hat die für die erstmalige Vereinbarung des EBM und seine Fortschreibung maßgebenden Strukturprinzipien im Gesetz selbst festgelegt. Der EBM dient bestimmten qualitativen und ökonomischen Zielen. Die vertragsärztliche Gebührenordnung leistet einen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden, humanen Versorgung der Versicherten ([§ 70 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2, § 72 Abs. 2 SGB V](#)) sowie zur wirtschaftlichen Erbringung der zu einer derartigen Versorgung zählenden Leistungen ([§ 70 Abs. 1 Satz 2, § 72 Abs. 2 SGB V](#)). Zugleich muss der EBM aber auch so vereinbart werden, dass die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)). Bereits diesen Gestaltungsvorgaben lässt sich ein ausreichend dichtes Normprogramm entnehmen (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, Az: [B 6 KA 44/03 R](#), aaO., juris Rdnr. 74). Der Bewertungsausschuss des EBM hat eine weitgehende Gestaltungsfreiheit bei der Regelung der Vergütungsstatbestände. Er hat im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität der Vergütungsordnung schematisierende und typisierende Regelungen zu treffen. Er darf zur Qualitätssicherung die Abrechenbarkeit von Leistungen auch an qualitätssichernde Begleitmaßnahmen binden. Durch solche Vergütungsausschlüsse ist [Art. 12 Abs. 1 GG](#) nicht verletzt. Wenn nicht der Kernbereich der beruflichen Tätigkeit, sondern nur Leistungen betroffen sind, die für das Fachgebiet weder wesentlich noch prägend sind, handelt es sich nicht um eine Regelung in dem Bereich der Berufswahl, sondern lediglich in dem der Berufsausübung und ohne Statusrelevanz. Diese ist bei einer Abwägung zwischen der Eingriffsintensität und den der Qualifikationsanforderung zu Grunde liegenden Gemeinwohlbelangen - dem Gesundheitsschutz - von vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls gedeckt (vgl. BSG, Urteil vom 8. September 2004, Az: [B 6 KA 82/03 R](#), [SozR 4-5533 Nr. 653 Nr. 1](#), juris Rdnr. 20 f.).

Die vom Kläger begehrten Leistungen sind für sein Fachgebiet weder wesentlich noch prägend.

Soweit der Kläger den EBM 2005 für rechtswidrig hält, hat er dies nur allgemein behauptet oder mit honorarpolitischen Erwägungen begründet, die aber nicht die hier maßgebliche Abgrenzung des Leistungsbereichs des Klägers als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin betreffen. Die Einwände, die Honorarabrechnungen seien für ihn aus sich heraus nicht mehr nachvollziehbar, die Leistungserbringung und Bewertungsrelationen des EBM würde über den Honorarverteilungsvertrag konterkariert werden, die Leistungsmengen könnten nicht mehr ausgeweitet werden, betreffen die Honorarabrechnung, die hier nicht streitbefangen ist. Der Einwand, es gebe Verwerfungen zwischen den Fachgruppentöpfen, da Nervenärzte aus Kapitel 16 und 21 abrechnen dürften, betrifft ebf. die Honorarabrechnung, wobei ein Zusammenhang mit der Tätigkeit des Klägers nicht erkennbar ist. Nicht ersichtlich ist auch, inwiefern der Hinweis des Klägers, es gebe unterschiedliche Zeitbewertungen bei gleichen Leistungen, im Zusammenhang mit der hier strittigen Abrechnungsgenehmigung steht. Soweit der Kläger weiter vorträgt, er habe die Leistungen seit Jahren erbracht und besitze hierfür die Genehmigung, verkennt er, dass der Beklagte im Rahmen der Befugnis zur Abgrenzung der haus- und fachärztlichen Tätigkeit auch befugt ist, einzelne Leistungen ausschließlich einzelnen Fachärzten zuzuordnen.

Die grundsätzliche Abgrenzung zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgungsebene ist aber rechtmäßig

Das Bundessozialgericht hat bereits wiederholt die durch das Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte Aufteilung in einen hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungsbereich für rechtmäßig befunden und betont, dass die Zuordnung zum hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgungsbereich für den Vertragsarzt ausschließlich vergütungsrechtliche Konsequenzen bewirkt, während sie seinen berufsrechtlichen Status unberührt lässt (BSG, Urt. v. 18. Juni 1997 - 6 RKa 59/98 - BSGE 80, 257 = [SozR 3-2500 § 73 Nr. 1](#) = [NJW 1999, 888](#) = [NZS 1998, 143](#), zitiert nach juris Rdnr. 17 ff. u. 24; BSG, Urt. v. 01. Juli 1998 - [B 6 KA 27/97 R](#) - [MedR 1999, 476](#) = USK 98166, juris Rdnr. 13 ff.; BSG, Beschl. v. 11. November 2005, Az: [B 6 KA 12/05 B](#) - juris Rdnr. 8). Das Bundesverfassungsgericht hat eine gegen eine Parallelentscheidung (BSG, Urt. v. 18. Juni 1997 - [6 RKa 13/97](#) -) erhobene Verfassungsbeschwerde nicht angenommen und u. a. ausgeführt, die Trennung der Versorgungsbereiche sei mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) vereinbar. Heranzuziehen seien die für eine Berufsausübungsregelung geltenden verfassungsrechtlichen Maßstäbe. Dies würde sich allerdings nicht bereits daraus ergeben, dass nur die vertragsärztliche Tätigkeit erfasst werde, denn auch Regelungen des Vertragsarztrechtes könnten als Berufswahlregelungen ausgestaltet sein. Es könne auch offen bleiben, ob die ärztliche Spezialisierung als Facharzt inzwischen als eigenständig entwickelter und in der sozialen Wirklichkeit akzeptierter Beruf anzusehen sei, denn bei den mittelbar angefochtenen Regelungen gehe es weder um den reglementierten Zugang zu einer bestimmten Arztgruppe noch zu einem Planungsbereich. Die Regelungen hätten lediglich zur Folge, dass nach Ablauf einer Übergangsfrist bestimmte Positionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes nicht mehr abgerechnet werden könnten. Einwirkungen auf das ärztliche Handeln mit dem Steuerungsinstrument der Vergütungsregelung seien schon generell ein Mittel der Berufsausübung. Dies gelte erst recht, wenn die Vergütungsregelung beim jeweiligen Arzt nur einen Teil der Tätigkeiten beträfen, die ihm nach Berufsrecht offen stünden. Die Aufgliederung des hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereichs diene dem Gemeinwohl. Durch die Neuordnung würden gesundheitspolitische Ziele der Qualitätsverbesserung für die Versicherten neben finanzpolitischen Zielen der Kostendämpfung angestrebt. Bei der Ausgestaltung der Krankenversicherung seien sozialpolitische Entscheidungen des Gesetzgebers hinzunehmen, solange seine Erwägungen weder offensichtlich fehlsam noch mit der Wertordnung des Grundgesetzes unvereinbar seien. Auch die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung sei als Gemeinwohlaufgabe von hoher Bedeutung anzusehen. Dies gelte auch und gerade gegenüber den Leistungserbringern innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung, denen durch die Einbeziehung in das öffentlich-rechtliche System des Vertragsarztrechtes besondere Vorteile erwachsen würden (BVerfG, Beschl. v. 17. Juni 1999 - [1 BvR 2507/97](#) - [SozR 3-2500 § 73 Nr. 3](#) = [NJW 1999, 2730](#) = [MedR 1999, 560](#) = juris Rdnr. 22 f.).

Das BSG hat ferner auch Abrechnungsbeschränkungen aufgrund bundesmantelvertraglicher Vereinbarung zugelassen. Hat sich ein Vertragsarzt für den hausärztlichen und nicht den fachärztlichen Versorgungsbereich entschieden (vgl. [§ 73 Abs. 1 und Abs. 1a Satz 2 SGB V](#)), unterliegt er unabhängig von den ihm berufsrechtlich erlaubten Leistungserbringungsmöglichkeiten auf seinem Fachgebiet den vertragsarztrechtlichen Beschränkungen eines Hausarztes. Ein Vertragsarzt darf nur von der Honorierung solcher Leistungen nicht gänzlich ausgenommen werden, die in den Kernbereich seines Fachgebietes fallen bzw. für dieses wesentlich und prägend sind (vgl. BSG v. 31.01.2001 - [B 6 KA 11/99 R](#) - USK 2001-143, juris Rdnr. 15 m. w. N.; zu aus der Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich folgenden Vergütungsbeschränkungen vgl. a. BSG v. 17.09.1997 - [6 RKa 90/96](#) - BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 17](#) = [MedR 1998, 239](#) = USK 97136, juris Rdnr. 30 ff.).

Ein besonderer Vertrauensschutz kommt dem Kläger nicht zu. Die Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich wird vom Gesetzgeber schon seit längerem vorgegeben. Von daher konnte kein Vertrauen darauf erwachsen, dass die bisherigen Abrechnungsmöglichkeiten für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin weiterhin bestehen würden. Soweit nunmehr mit dem EBM 2005 die Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich konsequent umgesetzt wird, hat dies Wirkungen für die Zukunft und bedurfte es keines besonderen Übergangsrechts.

Im Übrigen liegt mit [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) sachlich eine Übergangsvorschrift vor. Mit dieser durch das Gesundheitsstrukturgesetz v. 21.12.1992 eingeführten Regelung kann der Zulassungsausschuss u. a. für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin eine abweichende befristete Regelung zur Zuordnung zur ausschließlich hausärztlichen Versorgungsebene treffen. Auch war die Neuregelung des EBM 2005 absehbar. Nach langen vorausgehenden Diskussionen der Organe der Gemeinsamen Selbstverwaltung und der Berufsverbände hat der Bewertungsausschuss mit Beschluss vom 01.08.2004 eine Neufassung des EBM beschlossen, die bereits die hier strittige Regelung enthielt. Bereits mit Beschluss vom 17.09.2004 hat der Bewertungsausschuss das Inkrafttreten des EBM 2005 vom 01.01. auf den 01.04.2005 verschoben (vgl. homepage der KBV <http://www.kbv.de> unter <http://www.ebm2000plus.de>). Danach war über sechs Monate vor Inkrafttreten absehbar, dass die bisherige Abrechnungsweise des Klägers nicht mehr möglich sein werde. Eines weiteren Übergangsrechts bedurfte es nicht.

Im Ergebnis war die Klage daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-04-25