

S 12 KA 64/07

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 64/07

Datum

27.07.2007

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Eine Ermächtigung kann nur erteilt werden, wenn der zu ermächtigende Arzt berechtigt ist, die Leistungen zu erbringen. Ein Internist ohne Schwerpunkt ist nicht berechtigt, Leistungen nach Kapitel 13.3.7 EBM 2005 (Pneumologische Leistungen) zu erbringen. Nr. 2.3 des Abschnitts 2 der allgemeinen Bestimmungen EBM 2005 ist keine Durchbrechung der Systematik des EBM 2005 bzw. eine Ausnahmeregelung für ermächtigte Ärzte. Darin wird lediglich klargestellt, dass ermächtigte Ärzte nicht sämtliche Leistungen ihres Fachgebietes abrechnen können, sondern an den im Beschluss der Zulassungsgremien ausgesprochenen Ermächtigungsumfang gebunden sind.

1. Unter Abänderung des Beschlusses vom 20.12.2006 wird der Beklagte verpflichtet, den Widerspruch des Klägers vom 20.10.2006 bzgl. der Leistungen nach den Ziffern 01310 bis 01312, 01600 bis 01602, 13255, 13256, 32055 und 32117 sowie der Portokosten nach Kapitel 40 EBM 2005 unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die Klage wird im Übrigen abgewiesen.

2. Der Beklagte hat dem Kläger die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu 1/3 zu erstatten. Die Gerichtskosten hat der Kläger zu 2/3, der Beklagte zu 1/3 zu tragen. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

Der Kläger ist Facharzt für Innere Krankheiten. Er ist als Oberarzt der Medizinischen Abteilung des Kreiskrankenhauses A-Stadt gGmbH, A-Stadt, Kreis WX-A-Stadt, beschäftigt. Er war zuletzt mit Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte vom 14.09.2004 bis zum 30.09.2006 für besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf dem Gebiet der Pneumologie auf Überweisung niedergelassener Vertragsärzte für bestimmte Leistungen ermächtigt worden.

Am 06.03.2006 beantragte der Kläger die Fortführung seiner Ermächtigung. Die Beigeladene zu 1) teilte unter dem Datum vom 26.07.2006 gegenüber dem Zulassungsausschuss mit, der Kläger rechne durchschnittlich 150 Fälle pro Quartal ab. Es werde empfohlen, den Antrag abzulehnen. Für eine Ermächtigung eines Internisten ohne Schwerpunkt Pneumologie bestehe kein Bedarf mehr, da eine Umfrage bei den niedergelassenen fachärztlichen Internisten mit und ohne Schwerpunkt Pneumologie im Planungsbereich WX-A-Stadt ergeben habe, dass die bisher im beschränkten Ermächtigungskatalog des Klägers enthaltenen pulmologischen Leistungen zwischenzeitlich von den niedergelassenen fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie erbracht und sichergestellt werden würden. Hinzu komme, dass nach den Bestimmungen des EBM die meisten bisher im Ermächtigungskatalog des Klägers enthaltenen Leistungen von diesem nicht mehr durchgeführt und abgerechnet werden könnten. Sie könnten noch von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten berechnet werden. Im Landkreis WX-A-Stadt sei ein Facharzt für Pulmologie niedergelassen. Darüber hinaus gebe es in dem etwa 35 km entfernten PK. zwei Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie. Nach einem Vorstandsbeschluss könne den Versicherten die Fahrt zu einem anderen Arzt im Umkreis von 50 km zugemutet werden. Im Einzelnen nannte sie vier Ärzte, davon zwei mit Praxissitz in AX-Stadt sowie zwei mit Praxissitz in PK ... Nach dem EBM könne der Kläger nur noch Leistungen nach Nr. 13550 und 13555 EBM (Spirographie und Blutgasanalyse) sowie die Laborparameter nach den Nrn. 32055 und 32117 EBM erhalten. Für diese Leistungen bestehe kein Sicherstellungsproblem.

Hierzu führte der Kläger unter Datum vom 21.08.2006 aus, es bestehe seit mittlerweile 10 Jahren eine rege Inanspruchnahme der Ermächtigungsambulanz für ambulante Lungendiagnostik am Kreiskrankenhaus A-Stadt. Das Einzugsgebiet erstreckte sich vom nördlichen Landkreis PK. bis in die Altkreise XX und KX sowie das angrenzende Nordrhein-Westfalen. Es bestehe deshalb eine Versorgungslücke. Für

lungenkranke Patienten sei auch ein Anreiseweg von bis zu 50 km nicht zumutbar. In der nordhessischen Region sei der öffentliche Nahverkehr für die Anreise zu einer pulmonologischen Untersuchung praktisch nicht existent, in der Winterzeit seien die Straßenverhältnisse mit denen im Rhein-Main-Gebiet nicht zu vergleichen. Im Schreiben seiner Prozessbevollmächtigten vom 29.09.2006 führte er weiter aus, er habe einen Anspruch auf Erteilung der Ermächtigung. Die Versorgungsstandorte in PK. könnten nicht herangezogen werden, da sie außerhalb des Planungsbereiches WX-A-Stadt lägen. Anders als bei niedergelassenen Vertragsärzten gelte für ermächtigte Ärzte die spezielle Regelung der Nr. 2.3 Satz 1 EBM. Mithin komme es lediglich auf das Fachgebiet an, nicht aber auf den Schwerpunkt.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen lehnte mit Beschluss vom 12.09.2006, ausgefertigt am 12.10.2006 den Antrag des Klägers ab. Zur Begründung führte er aus, solange ein die Ermächtigung rechtfertigender Bedarf nicht festzustellen sei, bestehe keine Möglichkeit, eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung auszusprechen. Ein Bedarf liege aber nicht vor.

Hiergegen legte der Kläger am 20.10.2006 unter Wiederholung seines bisherigen Vorbringens Widerspruch ein.

Am 20.10.2006 stellte der Kläger bei der Kammer einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung. Er trug vor, er sei seit 1995 als internistischer Oberarzt an der Medizinischen Abteilung des Kreiskrankenhauses A-Stadt tätig. Sein Aufgabengebiet umfasse seit 1996 auch die pneumologische Diagnostik und Therapie der stationären Patienten sowie die Betreuung des Lungenfunktionslabors. Aufgrund seiner langjährigen Erfahrung und regelmäßigen Fortbildungen sei er im Besitz der für die Diagnostik und Therapie pneumologischer Erkrankungen erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten. Die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie führe er nicht. Seit 1997 sei er für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf dem Gebiet der Pneumologie ermächtigt worden. Lediglich in AX-Stadt stehe ein Pneumologe zur Verfügung. Ferner sei dort am Krankenhaus ein Arzt ermächtigt. Die Bedarfssituation sei seit jeher im Wesentlichen gleichbleibend. Der Standort PK. liege außerhalb des Planungsbereichs und könne nicht berücksichtigt werden. Die Ärzte in AX-Stadt könnten die Patienten aus seinem Einzugsgebiet nicht zusätzlich aufnehmen und zeitnah versorgen. Zudem sei fraglich, ob die Ermächtigung in AX-Stadt fortbestehe. AX-Stadt befinde sich auch mehr als 50 km vom Krankenhaus A-Stadt entfernt. Er legte hierzu ein Routenprofil vor, das eine Entfernung von 50,06 km angab. Weiter trug er vor, entscheidend sei aber, ob ohne die Ermächtigung für den gesamten Planungsbereich eine ausreichende Versorgung gewährleistet wäre. Es müssten auch die randständigen Gebiete des Planungsbereichs in den Blick genommen werden. Zwischen dem südlichen bzw. süd-westlichen Grenzgebiet um AX-Stadt betrage die Entfernung mehr als 70 km. Abzustellen sei auch auf die örtlichen Verkehrsverhältnisse. Es ergäben sich Anfahrtswege bis zu 2,5 Stunden, mit dem PKW von über einer Stunde. Für Patienten aus HX ergäben sich nach AX-Stadt Wege von ca. 6 - 7,5 Stunden. Aufgrund des Krankheitsbildes sei den Patienten auch ein längerer Anfahrtsweg nicht zumutbar. Er habe die besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten für die pulmonologischen Leistungen. Für den ermächtigten Krankenhausarzt sei allein auf Nr. 2.3 EBM 2005 abzustellen. Ein Facharzt im Krankenhaus, der die Kenntnisse und Fähigkeiten für schwerpunktorientierte Leistungen habe, dürfe und müsse diese im Rahmen seines Anstellungsverhältnisses unabhängig von der zusätzlichen Führung einer Schwerpunktbezeichnung für die stationären Patienten erbringen. Könne die Versorgung nicht durch die niedergelassenen Ärzte sichergestellt werden, so könne ein Krankenhausarzt ermächtigt werden. Auf einen Schwerpunkt komme es dann nicht an.

Der Beklagte erwiderte u. a., eine Eilbedürftigkeit liege nicht vor, da Behandlungsmöglichkeiten gegeben seien. Ein Anordnungsanspruch scheitere auch deshalb, weil dem Kläger die beantragten Leistungen bereits aus Rechtsgründen nicht erteilt werden könnten. Mit der Ziffer I 2.3 sei keine Erweiterung der Abrechnungsmöglichkeiten gemäß Ziffer I 1.3 EBM 2005 verbunden, sondern lediglich die (selbstverständliche) Klarstellung, dass Grundlage der Abrechnung der ermächtigten Ärzte der Ermächtigungsumfang sei. Hierbei werde vorausgesetzt, dass dieser Ermächtigungsumfang jedenfalls nicht größer sei als der Umfang abrechnungsfähiger Leistungen.

Die Beigeladene zu 1) trug vor, wegen der fehlenden Genehmigungsfähigkeit und der Bedarfsdeckung bestehe auch kein Anordnungsanspruch. Die möglichen Leistungen würden von niedergelassenen Internisten erbracht werden.

Mit Beschluss vom 13.11.2006 - [S 12 KA 972/06 ER](#) - www.sozialgerichtsbarkeit.de wies die Kammer den Antrag ab. Hiergegen legte der Kläger Beschwerde ein. Er trug zur Begründung vor, als Krankenhausarzt mit abgeschlossener Weiterbildung zum Internisten benötige er zur Erbringung der Leistungen nach Ziffer 13.3.7 des EBM 2005 im Rahmen einer Ermächtigung nicht des Schwerpunktes Pneumologie. Diese Voraussetzung gelte nur für niedergelassene Ärzte, nicht aber für ermächtigte Ärzte, wie aus der Regelung unter Ziffer 2.3 des EBM 2005 hervorgehe. Danach sei die Berechnung der Leistungen durch einen ermächtigten Arzt an das Fachgebiet und den Ermächtigungsumfang gebunden. Nach dieser Sondervorschrift für ermächtigte Ärzte komme es nur auf das Fachgebiet, nicht aber auf eine etwaige zusätzliche Schwerpunktbezeichnung an. Der Wortlaut sei insoweit eindeutig. Dies entspreche auch dem Zweck der Ermächtigung, denn die persönliche Eignung eines Krankenhausfacharztes sei nicht wie bei einem niedergelassenen Kollegen von der Führung eines Schwerpunktes abhängig. Während ein niedergelassener Internist ohne Schwerpunkt in der Regel zu Schwerpunktleistungen auch nicht befähigt sei, könne ein Krankenhausfacharzt in seiner täglichen Arbeit stationär regelmäßig alle Tätigkeiten des gesamten Fachgebietes erbringen, unabhängig davon, ob es sich um solche handelt, die in einen Schwerpunkt des Fachgebietes fielen. So habe er auch sämtliche von der beantragten Ermächtigung umfassten pneumologischen Tätigkeiten routinemäßig im Krankenhausdienst stationär ausgeübt. Jeder Internist im Krankenhaus könne deshalb in den Grenzen seiner tatsächlichen Eignung und der konkreten Versorgungslücke zu jeder Leistung seines Fachgebietes einschließlich aller Schwerpunktleistungen ermächtigt werden. So habe der Beklagte auch in anderen Ermächtigungsverfahren unter Geltung des EBM 2005 Krankenhausärzten ohne Schwerpunkt Ermächtigungen für schwerpunktorientierte Leistungen erteilt. Weshalb bei ihm trotz gleicher Sachlage die Rechtslage eine andere sein solle, sei nicht nachvollziehbar. Insoweit sei vielmehr eine Selbstbindung des Beklagten eingetreten.

Das LSG Hessen wies mit Beschluss vom 18.12.2006 - [L 4 KA 70/06 ER](#) - www.sozialgerichtsbarkeit.de die Beschwerde zurück.

Mit Beschluss vom 20.12.2006 wies der Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück, weil der Kläger die persönlichen Voraussetzungen für die Ermächtigung nicht erfülle. Der EBM 2005 gelte auch für den Kläger in vollem Umfang. Als Internist ohne Schwerpunktbezeichnung könne der Kläger nur die in Nr. 4.6 und 7 der Präambel zum Abschnitt 13.1 EBM 2005 genannten Leistungen erbringen.

Hiergegen hat der Kläger am 22.02.2007 die Klage erhoben. Ergänzend zu seinem bisherigen Vorbringen trägt er vor, § 31a Ärzte-ZV fordere

keine Schwerpunktbezeichnung. Die Regelung der Ziffer 1.3 und damit auch der Ziffer 13.3.7 EBM 2005 sei rechtswidrig und somit nichtig, da es an der erforderlichen Ermächtigungsgrundlage fehle. Ferner könne sich eine Eingrenzung auf bestimmte schwerpunktorientierte Leistungen erst aus dem Ermächtigungsumfang ergeben, der wiederum nur anhand der Versorgungslücke und der Eignung des Ermächtigten zu bestimmen sei. Als Krankenhausarzt, der die strittigen Leistungen im stationären Bereich erbringe, sei er geeignet. Hinsichtlich des Bedarfs seien die Ermittlungen des Beklagten unzureichend. Jedenfalls stehe ihm für die nicht schwerpunktbezogenen Leistungen eine Ermächtigung zu. Mit Ausnahme des Standortes AX-Stadt erbringe nur er diese Leistungen. Das besondere Feststellungsinteresse sei aufgrund der Wiederholungsgefahr und der Vorbereitung einer Schadensersatzforderung gegeben.

Im Einzelnen wird auf die Schriftsätze der Prozessbevollmächtigten des Klägers vom 29.03. und 30.05.2007 verwiesen.

Der Kläger beantragt,
den Beklagte unter Aufhebung des Beschlusses vom 20.12.2006 zu verpflichten, seinen Widerspruch vom 20.10.2006 unter der Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er trägt unter Verweis auf seine Beschlussbegründung im Übrigen vor, er habe in seinem Hauptsacheverfahren unter Bezugnahme auf die beiden gerichtlichen Entscheidungen den Widerspruch des Klägers gegen den Versagungsbeschluss des Zulassungsausschusses mit der Begründung zurückgewiesen, dass der Kläger nicht die persönlichen Voraussetzungen erfülle, um den Kerngehalt der begehrten Ermächtigung, nämlich die Leistungen gemäß Kapitel 13.3.7 EBM 2005 abzurechnen. Angesichts dieses Tatbestandes habe die konkrete Bedarfssituation nicht weiter geprüft werden müssen. Der Kläger versuche nunmehr zum Ziel zu gelangen, indem er die Rechtswidrigkeit der Bestimmungen der Ziffern 13.3.7 in Verbindung mit Ziffer 1.3 EBM 2005 behaupte. Er könne dessen Argumentation nicht folgen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung habe mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch den Bewertungsausschuss als Bestandteil des Bundesmantelvertrages den einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen gemäß [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) vereinbart. Hierbei seien auch die vom Kläger beanstandeten Bestimmungen aufgenommen und anschließend von der Aufsichtsbehörde genehmigt worden. Es sei für ihn in keiner Weise nachvollziehbar, aus welchen Gründen die Vertragsparteien hierbei den Umfang der ihnen erteilten Ermächtigung überschritten haben sollten. Im Übrigen trage der Kläger vor, dass die Ziffern 13.3.7 in Verbindung mit 1.3 EBM 2005 auf ermächtigte Ärzte im Rahmen der Ziffer 2.3 EBM 2005 nicht anwendbar seien. Hiermit wiederhole der Kläger seinen Vortrag aus den vorangegangenen Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes. Sowohl das Sozialgericht Marburg als auch das Hessische Landessozialgericht hätten in ihren jeweiligen Entscheidungen diese Behauptung des Klägers zurückgewiesen.

Die Beigeladene zu 1) beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beigeladene zu 1) verweist auf ihr Vorbringen vor der Kammer im einstweiligen Anordnungsverfahren und schließt sich im Übrigen den Ausführungen des Beklagten an.

Die Beigeladenen zu 7) und 8) beantragen,
die Klage abzuweisen.

Sie haben sich schriftsätzlich nicht geäußert.

Die übrigen Beigeladenen haben sich ebf. schriftsätzlich nicht geäußert und keinen Antrag gestellt.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 23.02.2007 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungs- sowie der Gerichtsakte mit Az.: [S 12 KA 972/06 ER](#), der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit je einer ehrenamtlichen RichterIn aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten sowie der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Die Kammer konnte dies trotz Ausbleibens eines Vertreters der Beigeladenen zu 2) bis 6) und 9) tun, weil diese ordnungsgemäß geladen und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind ([§ 110 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)).

Der Beschluss des Beklagten vom 06.09.2006 ist bzgl. der Leistungen nach den Ziffern 01310 bis 01312, 01600 bis 01602, 13255, 13256, 32055 und 32117 sowie der Portokosten nach Kapitel 40 EBM 2005 rechtswidrig und war daher insoweit aufzuheben. Für diese Leistungen hat der Kläger einen Anspruch darauf, dass der Beklagte seinen Widerspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu bescheidet. Hinsichtlich der übrigen beantragten Leistungen ist der Beschluss des Beklagten rechtmäßig und war die Klage daher abzuweisen.

Rechtsgrundlage der Entscheidung der Zulassungsgremien ist [§ 116 SGB V](#), § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV. Nach diesen Vorschriften kann der Zulassungsausschuss mit Zustimmung des Krankenträgers einen Krankenhausarzt mit abgeschlossener Weiterbildung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen, soweit und solange deren ausreichende ärztliche Versorgung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. Der in dieser Formulierung zum Ausdruck kommende Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte gilt für den gesamten Bereich der ambulanten Krankenversorgung und mithin auch für diagnostische Leistungen auf Überweisungen von denjenigen Ärzten, die die Patienten unmittelbar behandeln. Nicht nur die eigenverantwortliche ambulante Behandlung, sondern auch die Beratung und Unterstützung eines anderen Vertragsarztes bei dessen Behandlung obliegen in erster Linie den entsprechend weitergebildeten und qualifizierten

Vertragsärzten. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) setzt die Erteilung einer Ermächtigung gemäß [§ 116 SGB V](#), § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV an einen weitergebildeten Krankenhausarzt einen quantitativ-allgemeinen oder einen qualitativ-spezifischen Versorgungsbedarf voraus, bei dessen Überprüfung und Feststellung die Zulassungsgremien über einen der gerichtlichen Nachprüfung nur eingeschränkt zugänglichen Beurteilungsspielraum verfügen. Ein quantitativ-allgemeiner Bedarf liegt vor, wenn in einem Planungsbereich in einer Arztgruppe zu wenige niedergelassene Ärzte vorhanden sind, um den Bedarf zu decken. Das Vorliegen eines qualitativ-spezifischen Bedarfs setzt voraus, dass ein Krankenhausarzt besondere, für eine ausreichende Versorgung notwendige Untersuchungs- und Behandlungsleistungen anbietet, die von den niedergelassenen Ärzten nicht bzw. nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden (vgl. BSG, Urteil vom 30. Januar 2002, Az: [B 6 KA 12/01 R](#), [SozR 3-2500 § 116 Nr. 24](#) = [MedR 2002, 529](#) = KRS 02.028 = USK 2002-89, zitiert nach juris Rdnr. 18 bis 20; BSG, Urteil vom 12. September 2001, Az: [B 6 KA 86/00 R](#), aaO., juris Rdnr. 18, jeweils m. w. N.).

Es kann hier dahingestellt bleiben, ob den von der Beigeladenen zu 1) im Verwaltungsverfahren gemachten Ausführungen zur Bedarfdeckung in vollem Umfang zu folgen ist, insbesondere soweit sie sich nicht auf den Planungsbereich des Klägers beschränken. Zutreffend gehen die Beigeladene zu 1) und der Beklagte jedoch davon aus, dass der Kläger für den wesentlichen Teil des strittigen Leistungsumfangs nicht berechtigt ist, sie unter der Geltung des EBM 2005 weiterhin abzurechnen. Von daher kann selbst bei Bestehen einer Versorgungslücke für diese Leistungen dieser Bedarf durch den Kläger nicht gedeckt werden.

Grundsätzlich gelten auch für ermächtigte Ärzte die Bestimmungen, die für die niedergelassenen Vertragsärzte gelten. Insoweit ist auch von der Geltung des EBM 2005 für den Kläger auszugehen.

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 abrechnungsfähigen 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).

Bei den vom Kläger begehrten Leistungen nach Kapitel 13.3.7 EBM 2005 (Pneumologische Leistungen) handelt es sich um arztgruppenspezifische Leistungen. Sie sind Teil des fachärztlichen Versorgungsbereichs nach Abschnitt IIIb. Die in Kapitel 13.3.7 EBM 2005 aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten erbracht werden (Nr. 1 zu Kapitel 13.3.7 EBM 2005). Als Internist ohne entsprechende Schwerpunktbezeichnung kann der Kläger nur die in Nr. 4, 6 und 7 der Präambel zu Abschnitt 13.1 EBM 2005 genannten Leistungen erbringen.

Nach den Bestimmungen des EBM 2005 kann eine Genehmigung durch die Beigeladene zu 1) 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 Beigeladene zu 1) ist hieran ebenso wie ein Vertragsarzt oder ermächtigter Arzt gebunden (vgl. [§ 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V](#)).

Soweit die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV abgeschlossene Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 (DÄ 2005, A 77) 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, so handelt es sich 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. Im Übrigen gilt dies als Übergangsrecht lediglich für niedergelassene Vertragsärzte.

Die genannten Bestimmungen des EBM 2005 sind auch rechtmäßig. Die weitere Aufteilung des Gebiets der Inneren Medizin aufgrund der Schwerpunktbezeichnungen ist nicht zu beanstanden. Sie betrifft hierbei jeweils Leistungen eines besonderen Schwerpunktes und sichert mit der fachlichen Voraussetzung die qualitative Leistungserbringung.

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 09.12.2004, Az: [B 6 KA 44/03 R](#), aaO., juris Rdnr. 74). Der Bewertungsausschuss des EBM hat eine weitgehende Gestaltungsfreiheit bei der Regelung der Vergütungstatbestände. 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 08.09.2004, 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 der inneren Medizin, für das er zugelassen ist, weder wesentlich noch prägend. Für die Berechtigung zur Erbringung von Leistungen kommt es aber maßgeblich auf den Zulassungsstatus an. Für die Frage, ob ein Vertragsarzt Leistungen, die einem bestimmten Fachgebiet zugeordnet sind, erbringen und abrechnen darf, ist grundsätzlich entscheidend, dass er für dieses Fachgebiet vertragsärztlich zugelassen ist. Leistungen außerhalb des Gebietes seines Zulassungsstatus darf er danach nicht systematisch in der vertragsärztlichen Versorgung durchführen, auch wenn er auf Grund seiner Weiter- und Fortbildung die berufliche Qualifikation für die Erbringung der Leistungen besitzt (vgl. BSG, Ur. v. 26.06.2002 - [B 6 KA 6/01 R](#) -, juris Rdnr. 15 unter Hinweis auf BSG [SozR 3-2500 § 95 Nr. 7](#) S 29 betr. Arzt mit mehreren Gebietsbezeichnungen; BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr. 4](#) S 24 betr. Allgemeinarzt, der auch Chirurg ist; BSG, Ur. v. 31. Januar 2001 - [B 6 KA 11/99 R](#) , Die Leistungen - Rechtsprechung -, Beilage, 2002, S 203, 206 betr. Allgemeinarzt, der auch Kinderarzt ist). Die grundsätzliche Abgrenzung zwischen der haus- und fachärztlichen Versorgungsebene ist 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, Ur. 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, Ur. 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, Ur. 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 betreffen, 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.).

Von daher ist auch die weitere Aufteilung des Gebiets der inneren Medizin aufgrund der Schwerpunktbezeichnungen nicht zu beanstanden. Sie betrifft hierbei jeweils Leistungen eines besonderen Schwerpunktes und sichert mit der fachlichen Voraussetzung die qualitative Leistungserbringung. An dieser von der Kammer wiederholt vertretenen Auffassung wird festgehalten (vgl. Urteil der Kammer v. 30.08.2006, Az.: [S 12 KA 39/06](#); v. 23.05.2007 - [S 12 KA 908/06](#) -; v. 23.05.2007 - [S 12 KA 1003/06](#) -; v. 23.05.2007 - [S 12 KA 998/06](#) -; v. 23.05.2007 - [S 12 KA 993/06](#) - alle abrufbar unter www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Auf Vertrauensschutzgesichtspunkte aufgrund seiner früheren Ermächtigung kann sich der Kläger nicht berufen. Die Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich und die Verpflichtung des Bewertungsausschusses, die Leistungen der fachärztlichen Versorgung weiter zu gliedern ([§ 87 Abs. 2a Satz 5](#) und 6 SGB V, wird vom Gesetzgeber schon seit längerem vorgegeben (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 v. 22.12.1999, [BGBl. I 2626](#), S. 2634). Die Neuregelung des EBM 2005 war absehbar. Nach langen vorausgehenden Diskussionen der Organe der Gemeinsamen Selbstverwaltung und der Berufsverbände hat der Bewertungsausschuss in seiner 90. Sitzung mit Beschluss vom 01.08.2004 eine Neufassung des EBM beschlossen, die schon die hier maßgeblichen Regelungen

enthält. 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, wie im Einzelnen die Regelungen für Internisten aussehen würden. Für den Kläger als ermächtigten Arzt kommt hinzu, dass er sich auf Vertrauen über den Zeitraum einer Befristung hinaus nicht berufen kann.

Die Bestimmungen des EBM 2005 sind aber auch von ermächtigten Ärzten zu beachten. Nr. 2.3 des Abschnitts 2 der allgemeinen Bestimmungen ist keine Durchbrechung der Systematik des EBM 2005 bzw. eine Ausnahmeregelung für ermächtigte Ärzte. Nach dieser Bestimmung ist die Berechnung der Leistungen durch einen ermächtigten Arzt bzw. durch Krankenhäuser oder Institute an das Fachgebiet und den Ermächtigungsumfang gebunden. Damit wird lediglich klargestellt, dass ermächtigte Ärzte nicht sämtliche Leistungen Ihres Fachgebietes abrechnen können, sondern an den Ermächtigungsumfang, d.h. an den im Beschluss der Zulassungsgremien ausgesprochenen Ermächtigungsumfang gebunden sind. Für ermächtigte Ärzte muss daher, damit sie eine Leistung erbringen können, kumulativ eine Ermächtigung durch die Zulassungsgremien vorliegen und darüber hinaus die Zulässigkeit der Erbringung dieser Leistung aufgrund der allgemeinen bzw. übrigen Bestimmungen des Vertragsarztrechts. Für den Kläger bedeutet dies, dass er nur die Leistungen erbringen kann, die der EBM 2005 für ihn zulässt. Ermächtigte Ärzte sind wie die niedergelassenen Ärzte an sämtliche Bestimmungen des Vertragsarztrechts gebunden. Es ist kein Grund ersichtlich, weshalb die Beschränkung bzw. das Erfordernis der Berechtigung zum Führen eines Schwerpunktes nur für niedergelassene Ärzte gelten soll, nicht aber für ermächtigte Ärzte.

Von daher weist der Beklagte zu Recht darauf hin, dass der Kläger für einen Großteil der Leistungen aufgrund der Bestimmungen des EBM 2005 nicht ermächtigt werden kann. Insoweit war die Klage abzuweisen.

Für die Leistungen nach den Ziffern 01310 bis 01312, 01600 bis 01602, 13255, 13256, 32055 und 32117 sowie der Portokosten nach Kapitel 40 EBM 2005 besteht aber ein Ausschluss nicht. Für sie bedarf es keines besonderen Schwerpunktes. Diese Leistungen sind auch nicht zwingend mit den pneumologischen Leistungen verknüpft, sondern können sinnvoll im Einzelfall auch ohne diese erbracht werden. Der Beklagte hat über ihren Bedarf im angefochtenen Beschluss aber keine Ausführungen gemacht. Dies wird er im Rahmen der teilweisen Neubescheidung nachzuholen haben.

Nach allem war der Klage im tenorierten Umfang stattzugeben, war sie aber im Übrigen abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2007-12-14