

S 12 KA 39/06

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 39/06

Datum

30.08.2006

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Für einen als Gastroenterologen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Internisten kann eine Genehmigung zur Abrechnung pneumonologischer Leistungen nach Kapiteln 13.3.7 EBM 2000 plus (Nrn. 13662 EBM 2000 plus „Bronchoskopie“ nebst der Zuschlagsleistungen nach Nrn. 13663 und 13664 EBM 2000 plus) nicht erteilt werden.

[§ 72 SGB V](#) ist keine eigenständige Ermächtigungsgrundlage zum Abweichen vom EBM 2000 plus (vgl. bereits SG Marburg, Urt. v. 19.07.2006 – [S 12 KA 23/06](#) – www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Die weitere Aufteilung des Gebiets der Inneren Medizin aufgrund der Schwerpunktbezeichnungen im EBM 2000 plus ist nicht zu beanstanden. Sie betrifft jeweils Leistungen eines besonderen Schwerpunktes und sichert mit der fachlichen Voraussetzung die qualitative Leistungserbringung.

1. Die Klage wird abgewiesen.

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

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten eine Genehmigung zur Abrechnung pneumonologischer Leistungen nach Kapiteln 13.3.7 EBM 2000 plus (Nrn. 13662 EBM 2000 plus "Bronchoskopie" nebst der Zuschlagsleistungen nach Nrn. 13663 und 13664 EBM 2000 plus).

Der Kläger ist als Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie zur vertragsärztlichen Versorgung seit 01.10.2004 mit Praxisstz in FC. zugelassen. Er führt eine Gemeinschaftspraxis mit den Fachärzten für Innere Medizin Dres. F., K. – ebf. mit Schwerpunkt Gastroenterologie - und M ... Die Gemeinschaftspraxis betreut belegärztlich 30 Betten in den FC Diakonie-Kliniken. Zuvor war der Kläger als Krankenhausarzt vom 25.02.2003 bis 02.09.2004 ermächtigt.

Am 21.04.2005 beantragte er die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Nrn. 13662 bis 13664 EBM 2000 plus. Er trug vor, zur adäquaten Versorgung der Patienten seien zunehmend Bronchoskopien erforderlich, so z. B. bei beatmeten Patienten zur endobronchialen Lavage und Sekretabsaugung. Diese Leistungen habe er jahrelang in seiner Ausbildung erbracht. Die übrigen Ärzte am AZ.Krankenhaus, an dem er belegärztlich tätig sei, würden über diese Qualifikation nicht verfügen.

Mit Bescheid vom 27.07.2005 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Sie führte aus, die Bestimmungen des EBM 2000 plus 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. Gemäß seines Zulassungsstatus sei der Kläger auf die Leistungen nach Kapitel 13.3.3 EBM 2000 plus sowie die dort in der Präambel des Kapitels 13.1 EBM 2000 plus genannten Leistungen beschränkt. Leistungen nach Kapitel 13.3.7 EBM 2000 plus könnten nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten erbracht werden. Im Hinblick auf die Gewährung der Sicherstellung könne keine Sonderregelung befürwortet werden. In FC. Stadt seien ausreichend Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie niedergelassen. Ferner habe er diese Leistung in den letzten zwei Jahren weder im ambulanten noch im stationären Bereich abgerechnet.

Hiergegen legte der Kläger am 08.08.2005 Widerspruch ein. Zur Begründung trug er unter Einreichung eines Schreibens der Krankenhausleitung des AZ.Krankenhauses vor, er benötige die Leistung für den stationären Bereich. Die Diakonie-Kliniken arbeiteten mit einer großen onkologischen Praxis zusammen. Häufig müssten Patienten im schlechten Allgemeinzustand bronchoskopiert werden. Eine

Verlegung deshalb sei den Patienten nicht zumutbar. Das AZ.Krankenhaus halte eine Intensivstation vor. Bei diesen Patienten sei die strittige Leistung z. T. auch notwendig. Diese Leistungen erbringe das Krankenhaus bereits, wenn sie auch nicht abgerechnet worden seien. Er sei deshalb als Belegarzt dort tätig.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.12.2005, zugestellt am 10.12., wies die Beklagte den Widerspruch zurück. In der Begründung führte sie aus, aufgrund der fachgruppenspezifischen Abrechnungssystematik des EBM 2000 plus sei die fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen maßgebend. Die im Kapitel 13.3.7 EBM 2000 plus aufgeführten Leistungen könnten nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten abgerechnet werden. Hiervon könne nach einem Vorstandsbeschluss nur aus Gründen der Sicherstellung abgewichen werden. Die Nrn. 13662 und 13663 EBM 2000 plus entsprechenden Leistungen nach Nrn. 725 und 726 EBM '96 habe der Kläger seit seiner Ermächtigung nicht erbracht. Die Nr. 13664 EBM 2000 plus entsprechende Leistungen nach Nr. 775 EBM '96 habe die Gemeinschaftspraxis des Klägers in den Quartalen IV/04 und I/05 abgerechnet. Sie sei aber auch als Zuschlag für den Bereich der Gastroenterologie nach Nr. 13424 EBM 2000 plus berechenbar. Nr. 13664 EBM 2000 plus setze ferner als Zuschlagsleistung die Abrechenbarkeit der Nr. 13662 EBM 2000 plus voraus. Für die Sicherstellung komme es nach einem Vorstandsbeschluss auf einen Umkreis von 50 km an. Die Leistungen würden aber ausreichend im Planungsbereich des Klägers erbracht werden. Am AZ.Krankenhaus gebe es gegenwärtig zwar keinen fachärztlich tätigen Internisten. An den Diakonie-Kliniken seien aber abrechnungsberechtigte HNO-Ärzte tätig. Im Übrigen könne nicht allein auf den stationären Bereich abgestellt werden. Es obliege auch der Klinik sicherzustellen, dass die Leistungen durch berechnungsberechtigte Ärzte erbracht werden könnten.

Hiergegen hat der Kläger am 17.01.2006 die Klage erhoben. Er trägt ergänzend zu seinem Widerspruchsvorbringen vor, er sei seinerzeit nur für den Bereich Gastroenterologie ermächtigt gewesen. Er habe deshalb bronchoskopische Leistungen nicht erbringen dürfen. Soweit er sie im stationären Bereich erbracht habe, seien sie selbstverständlich nicht abgerechnet worden. Es gehe allein um die Sicherstellung der belegärztlichen Versorgung. Bronchoskopien müssten 24 Stunden täglich und sieben Tage die Woche möglich sein. Er weise auf die von ihm zur Gerichtsakte gereichte Stellungnahme der ARGE HNO, der HNO-Belegärzte am AZ.Krankenhaus vom 08.03.2006 hin, wonach sie einem 24-Stunden Notdienst nicht nachkommen könnten. Aus medizinischer Sicht sei dieser Eingriff auch durch den behandelnden Arzt geboten, der den Patienten kenne. Die HNO-Ärzte führten die Leistungen nicht aus. Sie müssten erst erhebliche Investitionen tätigen. Die Beklagte habe von ihrem Ermessen fehlerhaft Gebrauch gemacht, da die Leistungen nur für den stationären Bereich beantragt worden seien. Sie könnten bei den Patienten wegen deren Gesundheitszustand nicht ambulant erbracht werden. Es entbehre auch jeglicher Realität, dass ein niedergelassener Arzt rund um die Uhr zur Verfügung stehen könne.

Der Kläger beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 27.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.12.2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Nrn. 13662, 13663 und 13664 EBM 2000 plus zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Bescheid. Ergänzend trägt sie vor, eine Differenzierung des Sicherstellungsauftrages nach ambulanten und stationären Versorgungsbereichen sei nicht möglich. Es obliege dem Krankenhausträger zu entscheiden, welche Belegabteilungen er einrichte. Die Betrachtung des Klägers führe dazu, dass durch Organisationsentscheidungen des Krankenhausträgers ein Bedarf geschaffen werden könne.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG –).

Die zulässige Klage ist unbegründet. Der angefochtene Bescheid vom 27.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.12.2005 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erteilung einer Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Nrn. 13662, 13663 und 13664 EBM 2000 plus.

Nach dem ab 01.04.2005 geltenden EBM 2000 plus 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 2000 plus). 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 2000 plus).

Bei den vom Kläger begehrten Leistungen nach Kapitel 13.3.7 EBM 2000 plus (Anästhesiologische Leistungen) handelt es sich um arztgruppenspezifische Leistungen. Sie sind Teil des fachärztlichen Versorgungsbereichs nach Abschnitt IIIb. Die in Kapitel 13.3.7 EBM 2000 plus aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten erbracht werden. (Nr. 1 zu Kapitel 13.3.7 EBM 2000 plus). Als Gastroenterologe ist der Kläger auf die Leistungen nach Abschnitt 13.2.1 EBM 2000 plus und Abschnitt 13.3.3 EBM 2000 plus sowie einige weitere Leistungen beschränkt (Präambel 13.1 Nr. 3, 6 und 7 EBM 2000 plus). Hierzu gehören die strittigen Leistungen nicht.

Die Beklagte hat die Bestimmungen des EBM 2000 plus zutreffend angewandt.

Nach den Bestimmungen des EBM 2000 plus 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 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 2000 plus, 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 2000 plus (vgl. SG Marburg, Ur. v. 19.07.2006 – [S 12 KA 23/06](#) – nicht rechtskräftig). Im Übrigen hat die Beklagte zutreffend einen besonderen Versorgungsbedarf verneint. Die belegärztliche und insoweit stationäre Tätigkeit des Klägers unterliegt den Voraussetzungen der vertragsärztlichen, d. h. ambulanten Versorgung. Abrechnungstechnische und/oder qualitative Voraussetzungen müssen gleichermaßen eingehalten werden. Soweit im Krankenhaus notwendige Leistungen durch die vorhandenen Vertragsärzte nicht erbracht werden können, ist es Sache des Krankenhausträgers, weitere Belegarztverträge abzuschließen oder diese Leistungen bei anderen Vertragsärzten oder Ärzten einzukaufen bzw. solche Ärzte einzustellen (vgl. BSG, Ur. v. 10.12.2003 – [B 6 KA 43/02 R](#) – [SozR 4-2500 § 121 Nr. 1](#) = [GesR 2004, 281](#) = Breith 2004, 705 = KRS 03.052; LSG Niedersachsen-Bremen, Ur. v. 14.06.2006 – [L 3 KA 154/03](#) – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)). Von daher stellt die Beklagte zu Recht auf die – vertragsärztliche – Versorgungssituation im Planungsbereich des Klägers ab.

Die genannten Bestimmungen des EBM 2000 plus 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 09. 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 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 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 der Gastroenterologie, für das er im strittigen Zeitraum zugelassen war, 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 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.).

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.

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

2006-12-28