

## S 12 KA 908/06

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
12  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KA 908/06  
Datum  
23.05.2007  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
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 um eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Abschnitt 13.3.1 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff.

Der Kläger ist als Facharzt für innere Medizin mit dem Schwerpunkt Nephrologie mit Praxisnitz in A-Stadt seit 29.06.1999 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er nimmt an der fachärztlichen Versorgung teil.

Am 08.02.2005 beantragte er die Anerkennung der Schwerpunkttätigkeit für Angiologie und Kardiologie, insb. die Abrechenbarkeit angiologischer Leistungen nach Abschnitt 13.3.1 EBM 2005. Er trug vor, er versorge ein Dialysezentrum. Er habe aufgrund seiner 15-jährigen Klinik- und Oberarztstätigkeit auch eine angiologische und kardiologische Ausbildung erhalten. Der Schwerpunkt habe sich aufgrund der strukturellen Besonderheit des ländlichen Kreises und örtlicher Gegebenheit herausgebildet. Die angiologische und kardiologische Versorgung der regionalen Patienten sei inzwischen der Hauptbestandteil seiner Praxistätigkeit. Seine Praxis sei entsprechend ausgestattet. Dies werde von zuweisenden Kollegen im Umkreis von ca. 30 km, bei angiologischen Leistungen auch weit darüber hinaus, gern genutzt. Die Aufsplittung der Schwerpunkte im neuen EBM 2005 führe zu einem Versorgungsengpass.

Mit Bescheid vom 22.03.2006 erteilte die Beklagte die widerrufliche Genehmigung zur Abrechnung der schwerpunktspezifischen kardiologischen Leistungen nach Abschnitt 13.3.5 - mit Ausnahme der Nr. 13552 EBM 2005 und lehnte den Antrag im Übrigen ab. Sie führte an, nach der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des EBM könnten fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunkt unter bestimmten Voraussetzungen eine Genehmigung erteilt werden. Der Kläger besitze die fachliche Qualifikation für die kardiologischen Leistungen - mit Ausnahme der Nr. 13552 EBM 2005 - und habe diese in der Vergangenheit schwerpunktmäßig abgerechnet. Der Kläger besitze auch die fachliche Qualifikation für die angiologischen Leistungen nach Nr. 668, 672, 686, 687 und 689 EBM '96 und habe darüber hinaus Leistungen nach Nr. 650, 652, 653, 655 und 660 EBM '96 erbracht. Die angiologischen Leistungen habe er jedoch im Zeitraum 01.01.2003 bis 30.06.2004 nicht im erforderlichen schwerpunktmäßigen Umfang von 30 % der Gesamtleistung erbracht.

Hiergegen legte der Kläger am 11.04.2006 Widerspruch ein. Zur Begründung trug er vor, er habe mehr als 30 % seiner Punkte im angiologischen Sektor erwirtschaftet. Es gehe nicht um wirtschaftliche Belange, da lediglich 100 Punkte mehr abgerechnet werden könnten. Es gehe in erster Linie um die Versorgung der ausoperierten AVK-Patienten, die ausschließlich bei ihm Prostavasinfusionen erhielten. Leider seien diese an den Angiologiekomplex gebunden. Sein Zentrum sei mit Perfursoren und Überwachungseinheiten sowie einer intensivmedizinischen Notfalleinrichtung inkl. Beatmungseinheit ausgestattet. Es bestünde eine 4- bis 5-monatige Wartezeit.

Mit weiterem Bescheid vom 11.05.2006 hob die Beklagte die Genehmigung für die kardiologischen Leistungen mit Wirkung ab Zustellung wieder auf, da die Ergänzende Vereinbarung zur Reform des EBM für Internisten mit Schwerpunkt nicht gelte.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.07.2006, zugestellt am 25.07., wies die Beklagte den Widerspruch zurück. In der Begründung führte sie 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. Für Fachärzte für innere Medizin würden die Vorgaben in der Präambel des Kapitels 13.1 EBM 2005 gelten. Für ihn als Nephrologen seien die Leistungen des Abschnitts 13.3.1 EBM 2005 grundsätzlich nicht berechnungsfähig. Hiervon könne nur aus Sicherstellungsgründen abgewichen werden. Die bisher erbrachten Leistungen nach Nr. 650, 652, 653, 655, 660, 665, 667, 668, 672, 686, 687 und 689 EBM 2005 könne er zum Großteil weiterhin nach Nr. 30500 EBM 2005 (Nr. 650, 652, 660, 667 EBM '96) sowie nach Nr. 33070 EBM 2005 (Nr. 686 EBM '96), 33072 EBM 2005 (Nr. 668 EBM '96), Nr. 33073 EBM 2005 (Nr. 667 EBM '96), Nr. 33075 EBM 2005 (Nr. 66 EBM '96) und Nr. 33076 EBM 2005 (Nr. 672 EBM '96) abrechnen. Eine Versorgungslücke entstehe deshalb nicht. Die Nr. 653 und 655 EBM '96 stellten nunmehr in Komplexen enthaltene Leistungen dar. Die unter Nr. 273 EBM '96 abgerechneten Infusionsleistungen könne er jetzt unter Nr. 02100 EBM 2005 abrechnen.

Hiergegen hat der Kläger am 21.08.2006 die Klage erhoben. Er trägt ergänzend vor, er erbringe klinikersetzende Leistungen. Die Beklagte bestätige, dass er bestimmte Infusionsleistungen bei AVK-Patienten nicht mehr nach Nr. 02100 EBM 2005 abrechnen könne. Insbesondere bzgl. der Prostanoid-Therapie nach Nr. 13310 EBM 2005 bestehe ein Versorgungsbedarf. Die Nr. 653 und 655 EBM '96 gingen in den Leistungskomplex Angiologie ein. Hierfür besitze in seinem Einzugsbereich er allein die Messeinrichtungen. Bei Einführung des Teilgebiets Angiologie Ende der 90er Jahre hätten sich alle angiologisch tätigen Ärzte das Teilgebiet im Wege einer Übergangsregelung anerkennen können. Das habe er seinerzeit nicht gewusst, weshalb er davon abgesehen habe. Dies dürfe ihm jetzt nicht zum Nachteil gereichen. Es verstoße gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, da er den hohen Aufwand für die AVK-Patienten nicht honoriert erhalte.

Der Kläger beantragt,  
den Bescheid der Beklagten vom 22.03.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.07.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Genehmigung zur Erbringung der Leistungen nach Abschnitt 13.3.1 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff. zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Sie trägt ergänzend zu den Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid vor, die Nr. 665 EBM '96 habe der Kläger im Zeitraum I/04 bis I/05 lediglich einmal im Quartal IV/04 abgerechnet. Ein Sicherstellungsbedarf hinsichtlich der entsprechenden Nr. 13300 EBM 2005 bestehe nicht. Die Infusionsleistungen nach Nr. 273 und 274 EBM '96 seien als intermittierende fibrinolytische Therapie und/oder Prostanoid-Therapie in Nr. 13310 EBM 2005 aufgegangen. Diese Leistung könne vom Kläger nicht mehr abgerechnet werden. Die alternativ abrechenbare Nr. 02100 EBM 2005 bilde gegenüber der Nr. 13310 EBM 2005 einen geringeren Leistungsinhalt ab und sei mit einer geringeren Punktzahl versehen. Die Nr. 02100 EBM 2005 sei aber mit 155 Punkten höher bewertet als die Infusionsleistung nach Nr. 273 EBM '96 mit 130 Punkten. Die in der Nr. 13310 EBM 2005 enthaltenen weitergehenden Leistungen könnten nur Angiologen wegen ihrer besonderen Fachkunde erbringen. Der EBM 2005 wolle vor Mengenausweitung schützen. Bestimmte Leistungen müssten deshalb bestimmten Facharztgruppen vorbehalten bleiben. Soweit der Kläger auf den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit hinweise, da er den hohen Aufwand für die AVK-Patienten nicht honoriert erhalte, so stehe es in seinem Ermessen, ob er diese Leistungen zukünftig noch anbiete. Er habe nicht darauf vertrauen können, die Geräte auch in der Zukunft einsetzen zu können.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung 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](#) -).

Die Klage ist zulässig. Gegenstand des Verfahrens ist aber ausschließlich der Bescheid der Beklagten vom 22.03.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.07.2006. Soweit der Kläger in der mündlichen Verhandlung erstmals die Auffassung vertreten hat, auch der Bescheid vom 11.05.2006 sei Gegenstand des Widerspruchverfahrens und damit auch Gegenstand des Klageverfahrens geworden, ist dies unzutreffend. Der Antrag hinsichtlich der kardiologischen Leistungen wurde durch den Genehmigungsbescheid vom 22.03.2006 erledigt, da dem Kläger alle diesbezüglich beantragten Leistungen bewilligt wurden. Der weitere Bescheid vom 11.05.2006 eröffnete ein neues Verwaltungsverfahren. Mit ihm wurde die zunächst erteilte Genehmigung für die kardiologischen Leistungen aufgehoben. Hiergegen hat der Kläger Widerspruch eingelegt. Dieser Bescheid ist aber nicht Gegenstand des Widerspruchverfahrens und damit auch nicht Gegenstand des Klageverfahrens geworden, da er den bereits angefochtenen Bescheid nicht abgeändert oder ersetzt hat (vgl. [§ 86 SGG](#)). Im Übrigen würde es bzgl. des weiteren Bescheids vom 11.05.2006 an einem Vorverfahren ([§ 78 SGG](#)) fehlen, da im Widerspruchsbescheid hierzu keine Ausführungen gemacht werden, die Beklagte ebenfalls offensichtlich davon ausging, es handele sich um ein separates Verwaltungsverfahren.

Die Klage ist aber unbegründet.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 22.03.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.07.2006 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die Genehmigung zur Erbringung der Leistungen nach Abschnitt 13.3.1 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 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).

Bei den vom Kläger begehrten Leistungen nach Kapitel 13.31 EBM 2005 "Angiologische Leistungen" handelt es sich um arztgruppenspezifische Leistungen. Sie sind Teil des fachärztlichen Versorgungsbereichs nach Abschnitt IIIb. Die in Kapitel 13.3.1 EBM 2005 aufgeführten Leistungen können - unter Berücksichtigung von 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen - nur von Fachärzten für innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie berechnet werden. Nach 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM 2005 setzen abrechnungsfähige Leistungen, deren Berechnung an ein Gebiet, einen Schwerpunkt (Teilgebiet), eine Zusatzbezeichnung oder sonstige Kriterien gebunden ist, das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraus.

Diese Voraussetzungen erfüllt der Kläger nicht. Er ist nicht als Facharzt für innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie zugelassen, weshalb er ab dem Quartal II/05 ff. die strittigen Leistungen nicht abrechnen kann. Im Übrigen ist er auch nicht berechtigt, den Schwerpunkt zu führen.

Der Kläger ist als Facharzt für innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und ist als solcher auf die in Kapitel 13.1 Nr. 3 und ergänzend Nr. 5 bis 7 EBM 2005 genannten Leistungen beschränkt, zu denen die hier streitgegenständlichen Leistungen nicht gehören.

Nach den Bestimmungen des EBM 2005 kann eine Genehmigung für die vom Kläger begehrten Leistungen nicht erteilt werden. Bei den Bewertungsmaßstäben handelt es sich um Normsetzung durch Vertrag (vgl. BSG, Urt. v. 09.12.2004 - [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](#)).

Eine Genehmigung kommt auch nicht nach der 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) in Betracht, da diese Vereinbarung eine Zulassung ohne Schwerpunkt zum 31.03.2003 voraussetzt.

Soweit die Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 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. [§ 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, Urt. v. 19.07.2006 - [S 12 KA 23/06](#) -, Berufung eingelegt, LSG Hessen - L 4 KA 54/06 -; Urt. v. 30.08.2006 - [12 KA 39/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#), rechtskräftig; SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 - [S 12 KA 43/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#); SG Marburg, Urt. v. 07.03.2007 - [S 12 KA 807/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)). Die insoweit fachkundig besetzte Kammer sieht hierbei durchaus einen Sicherstellungsbedarf jedenfalls für den Bereich der Prostatasinfusionen, sieht aber angesichts der eindeutigen rechtlichen Vorgaben keine Anspruchsgrundlage für die Erteilung der strittigen Genehmigung.

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 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 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 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 (so bereits Ur. der Kammer v. 30.08.2006 - [S 12 KA 39/06](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)).

Auf Vertrauensschutzgesichtspunkte aufgrund seiner früheren Tätigkeit 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 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, wie im Einzelnen die Regelungen für Internisten aussehen würden.

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

2007-10-12