

B 6 KA 40/07 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 64/07
Datum
27.06.2007
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 40/07 R
Datum
09.04.2008
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Regelungen im EBM-Ä können ihre gesetzliche Grundlage in [§ 87 SGB V](#) in [§ 82 Abs 1 SGB 5](#) oder in [§ 135 Abs 2 SGB 5](#) haben.
2. Qualifikationsanforderungen im Vertragsarztrecht können über berufsrechtliche Regelungen hinausgehen. Das ist sowohl mit Art 74 Abs 1 Nr 12 als auch mit [Art 12 Abs 1](#) und [Art 3 Abs 1 GG](#) vereinbar.
3. Die Ermächtigung eines Krankenhausarztes darf nicht Leistungen erfassen für die ihm die vertragsarztrechtlich erforderliche formelle Qualifikation fehlt. Dies gilt auch dann wenn sich daraus für die Versicherten Versorgungserschwerisse ergeben.
Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 27. Juni 2007 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Revisionsverfahrens mit Ausnahme der außergericht- lichen Kosten der Beigeladenen zu 2. bis 9.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten um die Erteilung einer Ermächtigung für pneumologische Leistungen.

2

Der Kläger ist Facharzt für Innere Medizin. Er ist als Oberarzt der Medizinischen Abteilung des Kreiskrankenhauses F beschäftigt. Dabei ist er nach seinen Angaben auch in erheblichem Umfang pneumologisch tätig, ohne aber die Berechtigung, die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie zu führen, erworben zu haben. Er war wiederholt befristet ermächtigt worden, Leistungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen.

3

Seinen Antrag, ihn erneut - für die Zeit ab dem 1.10.2006 - zu ermächtigen, lehnte der Zulassungsausschuss ab, und zwar sowohl für pneumologische Leistungen des Abschnitts 13.3.7 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä 2005 (Fassung ab 1.4.2005)) als auch für weitere Leistungen. Er begründete dies damit, dass aufgrund inzwischen erfolgter Niederlassungen entsprechend qualifizierter Internisten keine Versorgungslücke mehr bestehe (Bescheid vom 12.10.2006). Den Widerspruch des Klägers wies der beklagte Berufungsausschuss - nach zwischenzeitlichem erfolglosem Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes - zurück. Er stellte darauf ab, dass der Kläger für pneumologische Leistungen keine Ermächtigung erhalten könne, weil der seit dem 1.4.2005 geltende EBM-Ä 2005 für die Leistungen des Abschnitts 13.3.7 gemäß dessen Präambel die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie fordere, die der Kläger nicht habe (Bescheid vom 26.1.2007).

4

Das vom Kläger angerufene Sozialgericht (SG) hat seiner Klage nur teilweise stattgegeben. Hinsichtlich der Leistungen, die nicht zum Abschnitt 13.3.7 EBM-Ä 2005 gehören, hat es den Beklagten verpflichtet, über das Begehren des Klägers auf Erteilung einer Ermächtigung neu zu entscheiden. Hinsichtlich der pneumologischen Leistungen des Abschnitts 13.3.7 EBM-Ä 2005 hat das SG die Klage abgewiesen (Urteil vom 27.6.2007).

5

Soweit das SG den Beklagten verpflichtet hat, einen neuen Bescheid zu erlassen, hat dieser den Kläger durch Bescheid vom 9.1.2008 - befristet bis zum 31.12.2009 - ermächtigt, auf Überweisung von Vertragsärzten die Leistungen nach Nr 01310 bis 01312, 01600 bis 01602, 13256, 32055 und 32117 EBM-Ä 2005 - zuzüglich Portokosten nach Kapitel 40 EBM-Ä 2005 - zu erbringen und abzurechnen. Der Beklagte hat ausgeführt, dass diese Leistungen nicht von einem zumutbar erreichbaren Vertragsarzt erbracht würden. Eine Ermächtigung zur Leistung gemäß Nr 13255 EBM-Ä 2005 hat er dagegen abgelehnt, weil diese Leistung von einem am Ort niedergelassenen Vertragsarzt erbracht werde, der über ausreichend freie Kapazitäten verfüge und bei dem nur geringe Wartezeiten bestünden.

6

Soweit das SG - hinsichtlich der pneumologischen Leistungen des Abschnitts 13.3.7 EBM-Ä 2005 - die Klage abgewiesen hat, ist in dessen Urteil ausgeführt, der Kläger könne für diese Leistungen nicht ermächtigt werden, weil er sie nicht erbringen dürfe. Gemäß den Allgemeinen Bestimmungen des Kapitels I Nr 1.2 bis 1.5 iVm der Präambel zu Abschnitt 13.3.7 EBM-Ä 2005 seien sie den Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und den Lungenärzten vorbehalten. Diese Regelung unterliege keinen durchgreifenden rechtlichen Bedenken. Der Bewertungsausschuss habe bei der Ausformung der Regelungen des EBM-Ä eine weitgehende Gestaltungsfreiheit. Deren Grenzen seien nicht überschritten. Weder seien Leistungen betroffen, die zum Kern des Fachgebiets der Inneren Medizin gehörten bzw für dieses wesentlich und prägend seien, noch sei die Anknüpfung an die im Fachgebiet der Inneren Medizin erfolgte Aufteilung in Schwerpunktbereiche wie ua die Pneumologie zu beanstanden. Die Vorgabe, dass Fachärzte für Innere Medizin diese Leistungen nur erbringen dürften, wenn sie auch die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie führten, gelte nicht nur für Vertragsärzte, sondern auch für ermächtigte Ärzte. Nichts anderes ergebe sich aus der vom Kläger angeführten Regelung in den Allgemeinen Bestimmungen des Kapitels I Nr 2.3 EBM-Ä 2005. Denn diese enthalte nur die Klarstellung, dass die Leistungserbringung der ermächtigten Ärzte und Institutionen sowohl an das Vorliegen einer Ermächtigung als auch an die Zulässigkeit der Leistungserbringung gemäß den allgemeinen und besonderen Bestimmungen des Vertragsarztrechts gebunden sei. Schließlich könne der Kläger sich auch nicht auf Vertrauensschutz berufen. Die hier maßgebenden Regelungen seien in der am 1.8.2004 beschlossenen Fassung des EBM-Ä bereits enthalten gewesen.

7

Mit seiner Revision macht der Kläger geltend, die Ablehnung der von ihm begehrten Ermächtigung hinsichtlich der pneumologischen Leistungen des Abschnitts 13.3.7 EBM-Ä 2005 sei mit Bundesrecht nicht vereinbar. Die Vorgabe in der Präambel zu diesem Abschnitt, dass diese Leistungen nur von solchen Fachärzten der Inneren Medizin erbracht und abgerechnet werden dürften, welche die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie führten, sei von keiner gesetzlichen Grundlage gedeckt. Internisten ohne diese Schwerpunktbezeichnung würden damit von Tätigkeiten ausgeschlossen, die sie berufsrechtlich erbringen dürften. Damit werde der Schwerpunktbezeichnung eine ihr nicht zukommende Wirkung nach Art eines Fachkundenachweises zugewiesen, wofür es einer ausdrücklichen gesetzlichen Grundlage bedürft hätte. In den Regelungen des [§ 87 SGB V](#) sei lediglich eine Gliederung nach Facharztgruppen, nicht aber nach weiteren Untergliederungen vorgesehen, wie auch die Bedarfsplanung nur nach Arztgruppen und nicht nach Schwerpunkten differenziere. Globalermächtigungen wie [§ 72 Abs 2](#) und [§ 82 Abs 1 SGB V](#) reichten für die Ausrichtung an Schwerpunkten eines Fachgebiets nicht aus. Für eine solche Anknüpfung könne nicht das sog Zytologie-Urteil ([BSGE 82, 55 = SozR 3-2500 § 135 Nr 9](#)) angeführt werden, denn dieses habe einen Fachkundenachweis betroffen, dem das Erfordernis einer Schwerpunktbezeichnung nicht gleichzustellen sei. Dieses Erfordernis könne schließlich auch nicht auf [§ 135 Abs 2 SGB V](#) gestützt werden. Zum einen seien "Anforderungen an die Strukturqualität" im Falle der Vorgabe in der Präambel zu Abschnitt 13.3.7 EBM-Ä 2005 nicht betroffen. Zum anderen fehle die weitere Voraussetzung, dass in landesrechtlichen Regelungen zur ärztlichen Berufsausübung bundesweit inhaltsgleiche und gleichwertige Qualifikationen normiert seien; denn in den verschiedenen Ländern seien die Schwerpunkte in den Weiterbildungsregelungen sehr unterschiedlich ausgestaltet, wie sich anhand der Beispiele Hessen und Brandenburg belegen lasse. Das Fehlen einer gesetzlichen Grundlage indiziere zugleich einen Verstoß gegen den sog Wesentlichkeitsgrundsatz und eine Verletzung der ausgeschlossenen Internisten in ihrem Grundrecht aus [Art 12 Abs 1 GG](#). Sie würden von Leistungen des Kernbereichs ihres Fachgebiets ausgeschlossen. Das Gewicht des Eingriffs werde besonders vor dem Hintergrund deutlich, dass der Facharzt für Innere Medizin traditionellerweise als Generalist konzipiert sei, der zu Behandlungen im Gesamtbereich der Inneren Medizin umfassend berechtigt sei.

8

Aber selbst wenn das Erfordernis der Schwerpunktbezeichnung rechtmäßig und wirksam wäre, so erfasse es jedenfalls nur Vertragsärzte und nicht auch ermächtigte bzw zu ermächtigende Ärzte. Denn für diese gelte die Allgemeine Bestimmung I Nr 2.3 EBM-Ä 2005, die nur auf das Fachgebiet und nicht auf einen Schwerpunkt abstelle. Allein dies entspreche auch den Ermächtigungsregelungen des [§ 116 SGB V](#) und des § 31a der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV), deren Sinn und Zweck auf die Behebung von Versorgungslücken ausgerichtet sei, wenn entsprechend spezialisierte Vertragsärzte fehlten. Werde dies indessen nicht in dieser Weise gehandhabt, so liege darin zugleich ein Verstoß gegen [Art 12 Abs 1 GG](#). Auch [Art 3 Abs 1 GG](#) sei verletzt. Denn er - der Kläger - werde trotz seiner berufsrechtlichen Qualifikation von den pneumologischen Leistungen ausgeschlossen. Zudem sei die Gleichbehandlung mit den niedergelassenen Ärzten deshalb rechtswidrig, weil er anders als diese die Ressourcen des Krankenhauses zur Verfügung habe. Der Verweis auf Versorgungsstandorte außerhalb des Planungsbereichs werde der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nicht gerecht, das allenfalls bei Subspezialisierungen über den Planungsbereich hinaus greife. Zudem sei der Fortbestand der Ermächtigung eines Arztes im Krankenhaus Bad A ohnehin fraglich, und dem Verweis auf den dort niedergelassenen Pneumologen stehe dessen Überlastung mit der Folge unzumutbarer Wartezeiten entgegen. Ferner sei Bad A - und ebenso auch M - zu weit von F entfernt. Auch die befragten niedergelassenen Ärzte hätten die Erteilung einer entsprechend weitgreifenden Ermächtigung an ihn - den Kläger - als wichtig bewertet.

9

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 27.6.2007 abzuändern und den Beklagten zu verpflichten, ihn - den Kläger - unter Aufhebung seines Bescheides vom 20.12.2006 hinsichtlich der Ermächtigung für pneumologische Leistungen des Kapitels 13.3.7 EBM-Ä neu zu bescheiden.

10

Der Beklagte und die zu 1. beigeladene Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) beantragen, die Revision zurückzuweisen.

11

Sie halten das angefochtene Urteil für zutreffend. Die Vorgabe in der Präambel zu Abschnitt 13.3.7 EBM-Ä 2005 sei rechtmäßig. Es sei auch nicht zu beanstanden, Internisten ohne die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie von diesen Leistungen auszuschließen, weil dies keinen Leistungsbereich betreffe, der gemäß dem heutigen - normativ ausgestalteten - Zuschnitt der Inneren Medizin für diese insgesamt wesentlich und prägend sei. Der Ausschluss gelte nicht nur für Vertragsärzte, sondern auch für ermächtigte bzw zu ermächtigende Ärzte.

12

Die übrigen Beigeladenen haben sich im Revisionsverfahren nicht geäußert.

II

13

Die Revision des Klägers ist unbegründet. Der Beklagte und das SG haben die von ihm begehrte Ermächtigung zur Erbringung pneumologischer Leistungen gemäß Abschnitt 13.3.7 EBM-Ä 2005 zu Recht abgelehnt.

14

Nach [§ 116 Satz 2 SGB V](#) (wortgleich mit § 31a Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV) ist eine Ermächtigung zu erteilen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt ist. Diese Regelung entspricht dem Vorrang der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch die niedergelassenen Vertragsärzte und die Medizinischen Versorgungszentren. Ermächtigungen kommen nur insoweit in Betracht, als von ihnen keine ausreichende ambulante ärztliche Versorgung gewährleistet wird (vgl zuletzt BSG [SozR 4-2500 § 116 Nr 3](#) RdNr 16; ebenso früher zB [BSGE 70, 167](#), 173 = [SozR 3-2500 § 116 Nr 2](#) S 15 und Nr 23 S 102; [SozR 3-5520 § 20 Nr 4](#) S 42; ebenso ferner BVerfG (Kammer) [SozR 4-1500 § 54 Nr 4](#) RdNr 4). Die Ermächtigung eines Krankenhausarztes gemäß [§ 116 SGB V](#) und § 31a Abs 1 Ärzte-ZV erfordert nach der Rechtsprechung des BSG entweder einen quantitativ-allgemeinen oder einen qualitativ-speziellen Versorgungsbedarf (stRspr: zB [BSGE 73, 25](#), 29 f = [SozR 3-2500 § 116 Nr 4](#) S 29 f; BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 11](#) S 59 und Nr 24 S 111 f; [SozR 4-2500 § 116 Nr 3](#) RdNr 16 mwN). Die Erteilung oder Versagung einer Ermächtigung ist dabei nicht nur insgesamt (als Gesamttakt) überprüfbar, sondern auch hinsichtlich abgrenzbarer Teile, dh ein Streitverfahren kann auf einzelne Leistungen, auf die sich die Ermächtigung erstreckt bzw zusätzlich erstrecken soll, beschränkt werden (vgl [BSGE 73, 25](#), 28 = [SozR 3-2500 § 116 Nr 4](#) S 28; BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 12](#) S 63; [SozR 4-2500 § 116 Nr 3](#) RdNr 16). Die gerichtliche Überprüfung ist allerdings insofern begrenzt, als den Zulassungsgremien bei der Feststellung des Versorgungsbedarfs ein der gerichtlichen Kontrolle nur eingeschränkt zugänglicher Beurteilungsspielraum zusteht (vgl zB [BSGE 73, 25](#), 29 = [SozR 3-2500 § 116 Nr 4](#) S 29; [SozR 3-2500 § 97 Nr 2](#) S 6; BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 24](#) S 111; [SozR 4-2500 § 116 Nr 3](#) RdNr 16; Urteil vom 17.10.2007 - [B 6 KA 42/06 R](#) - RdNr 27, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen).

15

Zusätzlich ist zu beachten, dass Ermächtigungen einem Krankenhausarzt nicht für solche Leistungen erteilt werden dürfen, die er aus Rechtsgründen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbringen und abrechnen darf (BSG [SozR 3-2500 § 95 Nr 30](#) S 149; [SozR 4-2500 § 135 Nr 10](#) RdNr 12 mwN). Soweit ein Arzt bestimmte Leistungen nicht erbringen darf, ginge eine Ermächtigung für sie ins Leere, denn durch sie könnte die im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung bestehende Versorgungslücke nicht geschlossen werden (BSG [SozR 4-2500 § 135 Nr 10](#) RdNr 12).

16

Diese Maßstäbe hat der Beklagte bei seiner Entscheidung, dem Kläger eine Ermächtigung für die Leistungen nach Abschnitt 13.3.7 EBM-Ä 2005 zu versagen, zutreffend angewendet, wie das SG zu Recht ausgeführt hat. Denn der Kläger könnte diese Leistungen aus Rechtsgründen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbringen und abrechnen, weil dies gemäß der Präambel zu Abschnitt 13.3.7 EBM-Ä 2005 Fachärzten für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten vorbehalten ist. Der Kläger ist zwar Facharzt für Innere Medizin, führt aber nicht die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie.

17

Die Einwendungen des Klägers, die Beschränkung der Leistungserbringung auf solche Internisten, die die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie führen, sei rechtsunwirksam bzw gelte nicht für zu ermächtigende Ärzte, greifen nicht durch. Für die Beschränkung besteht eine ausreichende gesetzliche Grundlage (1.). Das Qualifikationserfordernis und der dadurch bewirkte Ausschluss der Internisten ohne eine solche Schwerpunktbezeichnung sind auch im Übrigen kompetentiell und materiell rechtmäßig (2.). Der Ausschluss ist nicht etwa nur auf Vertragsärzte anzuwenden, sondern gilt ebenso für ermächtigte bzw zu ermächtigende Ärzte (3.). Dieses Ergebnis ist auch mit [Art 12 Abs 1](#) und [Art 3 Abs 1 GG](#) vereinbar (4.).

18

1. Für die Normierung von Qualifikationsanforderungen für bestimmte spezialisierte Leistungen enthält das SGB V verschiedene gesetzliche Grundlagen. Auf der Grundlage von [§ 72 Abs 2](#), [§ 82 Abs 1](#) oder [§ 135 Abs 2 SGB V](#) können die Partner der Bundesmantelverträge

Vereinbarungen schließen (vgl zB [BSGE 82, 55](#), 57 f = [SozR 3-2500 § 135 Nr 9](#) S 39-41; BSG [SozR 3-2500 § 72 Nr 11](#) S 29 ff und § 135 Nr 16 S 87 ff; BSG [SozR 4-2500 § 82 Nr 1](#) RdNr 12 f). Qualifikationserfordernisse können weiterhin im EBM-Ä festgelegt werden (vgl zB BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr 5](#) S 21 ff betr Anästhesisten; BSG SozR 4-5533 Nr 653 Nr 1 RdNr 13 allgemein zur Qualitätssicherung; - zum Nebeneinander der verschiedenen Rechtsgrundlagen siehe BSG [SozR 3-2500 § 135 Nr 15](#) S 75 f; [SozR 3-2500 § 135 Nr 16](#) S 87 f; [SozR 4-2500 § 82 Nr 1](#) RdNr 7, 13).

19

Soweit Qualifikationsvoraussetzungen im EBM-Ä normiert werden und an die berufsrechtliche Qualifikation als Facharzt für ein bestimmtes Fachgebiet anknüpfen, ergibt sich die gesetzliche Grundlage dafür ohne Weiteres aus [§ 87 Abs 2a SGB V](#). Hiernach hat eine Gliederung nach Facharztbereichen zu erfolgen. Solche Anknüpfungen sind auch inhaltlich unbedenklich - insbesondere mit [Art 12 Abs 1 GG](#) vereinbar -, sofern das Erfordernis einer entsprechenden Qualifikation nicht sachwidrig ist und nicht Ärzte von einem Leistungsbereich ausschließt, der zum Kern ihres Fachgebiets gehört bzw für dieses wesentlich und prägend ist (vgl dazu [BSGE 84, 290](#), 292 = [SozR 3-2500 § 95 Nr 21](#) S 86; BSG USK 2001-143 S 863 f; BSG [SozR 3-2500 § 135 Nr 16](#) S 88, 89 und § 72 Nr 14 S 41; - Näheres zum Maßstab des [Art 12 Abs 1 GG](#) s noch unten RdNr 37).

20

Auch insoweit, als Anforderungen im EBM-Ä nicht allein an die berufsrechtliche Qualifikation für ein bestimmtes Fachgebiet anknüpfen, sondern an andere Qualifikationen wie zB Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen (s hierzu § 2 Abs 1 der Muster-Weiterbildungsordnung (WBO) des Deutschen Ärztetages - abgedruckt in Engelmann (Hrsg), Aichberger Sozialgesetzbuch - Ergänzungsband -, Gesetzliche Krankenversicherung / Soziale Pflegeversicherung, Textsammlung, Ordnungs-Nr 1420), beruht dies auf einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage. Die vom Kläger insoweit geltend gemachten Zweifel greifen nicht durch.

21

a) Die gesetzliche Grundlage für die Vereinbarung von Qualifikationsanforderungen im EBM-Ä ist in solchen Fällen die Regelung des [§ 82 Abs 1 SGB V](#). Denn die Beschlüsse des Bewertungsausschusses sind jedenfalls insoweit, als "übereinstimmende Beschlüsse aller Mitglieder" zustande kommen (s hierzu [§ 87 Abs 4 Satz 1 SGB V](#)), zugleich Vereinbarungen zwischen den daran Beteiligten - der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen -, wie der Wortlaut des [§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) klarstellt ("vereinbaren durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge"). Dem entspricht die Formulierung des BSG, dass die Beteiligten insoweit durch den Bewertungsausschuss als "Vertragsorgan" handeln, was die Rechtsnatur als einer ihnen zuzurechnenden vertraglichen Vereinbarung unberührt lässt (stdRspr, s zB [BSGE 73, 131](#), 133 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 4](#) S 20; [BSGE 78, 98](#), 99 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 12](#) S 34; BSG [SozR aaO Nr 17](#) S 74 f; vgl auch [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), jeweils RdNr 65 mwN). Mithin lag in der Schaffung des am 1.4.2005 in Kraft getretenen EBM-Ä 2005 eine Vereinbarung, die auf der gesetzlichen Grundlage des [§ 82 Abs 1 SGB V](#) beruht.

22

b) Die Eignung des [§ 82 Abs 1 SGB V](#) als gesetzliche Grundlage für Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge kann nicht durch den Einwand des Klägers in Frage gestellt werden, die Regelung sei "zu global". Die Kriterien des [Art 80 Abs 1 Satz 2 GG](#) sind hier nicht anwendbar. Dessen Vorgabe, dass Ermächtigungsgrundlagen nach Inhalt, Zweck und Ausmaß bestimmt sein müssen, betrifft Rechtsverordnungen, nicht aber Normsetzungen, die in anderer Gestalt als durch Rechtsverordnungen erfolgen (vgl [BVerfGE 33, 125](#), 157 f; [44, 322](#), 349; [97, 332](#), 343). Dementsprechend bedarf es für die im SGB V vorgesehene Normsetzung der sog gemeinsamen Selbstverwaltung keiner gemäß [Art 80 Abs 1 Satz 2 GG](#) eng umrissenen gesetzlichen Grundlage.

23

c) Für Normsetzungen auf der Grundlage des [§ 82 Abs 1 SGB V](#) besteht keine Beschränkung dahingehend, dass allein an die berufsrechtliche Qualifikation für ein bestimmtes Fachgebiet angeknüpft werden dürfte. Vielmehr ist diese Regelung insofern umfassend, als sie es nicht verwehrt, auch an andere Qualifikationen wie z.B. Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen anzuknüpfen (s hierzu § 2 Abs 1 der Muster-WBO). So hat das BSG wiederholt die Regelungen der [§ 72 Abs 2](#), [§ 82 Abs 1 SGB V](#) als ausreichend tragfähig für die Vereinbarung von Qualifikationserfordernissen wie Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen angesehen (so zB BSG [SozR 3-2500 § 72 Nr 11](#): physikalisch-medizinische Leistungen nur bei Führung der Zusatzbezeichnung Physikalische Medizin; vgl auch BSG [SozR 4-2500 § 82 Nr 1](#) RdNr 12-14: implizite Billigung der Anforderung der Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie").

24

d) Die Befugnis, im EBM-Ä bzw auf der Grundlage des [§ 82 Abs 1 SGB V](#) das Führen einer Schwerpunktbezeichnung als Voraussetzung für die Erbringung und Abrechnung bestimmter Leistungen zu normieren, unterliegt auch nicht deshalb Bedenken, weil die Schwerpunkte in den landesrechtlichen WBOen zum Teil sehr unterschiedlich ausgestaltet sind, wie der Kläger am Beispiel von Hessen und Brandenburg dargelegt hat. Der bundesrechtliche Normgeber ist nicht gehindert, zB im EBM-Ä an Qualifikationen anzuknüpfen, die in den landesrechtlichen WBOen näher ausgeformt sind, auch dann nicht, wenn sie in den verschiedenen Ländern unterschiedlich ausgestaltet worden sind. Dies ergibt sich aus der Rechtsprechung des BSG. Dieses hat zum Bedarfsplanungsrecht am Beispiel der darin in Bezug genommenen Arztgruppe der Nervenärzte entschieden, dass die Arztgruppe iS des Bedarfsplanungsrechts nicht notwendigerweise mit dem Fach- bzw Teilgebiet iS des landesrechtlich geregelten ärztlichen Weiterbildungsrechts identisch sein muss, dh dass einem vertragsarztrechtlichen Begriff (zB "Nervenärzte") kein entsprechender - bundeseinheitlich festgelegter - berufsrechtlicher Begriff korrespondieren muss (BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr 3](#) S 16 ff). Nicht anders liegt es hier. Vertragsarztrechtlich kann an die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie angeknüpft werden, auch wenn die Weiterbildung in diesem Schwerpunkt in den landesrechtlichen Berufsordnungen unterschiedlich ausgestaltet ist.

25

Ein Einwand gegen die Anknüpfung an Schwerpunktbezeichnungen ergibt sich auch nicht aus dem Hinweis des Klägers auf Bedenken der Kommission der Europäischen Gemeinschaft gegenüber der zunehmenden Differenzierung des Fachgebiets der Inneren Medizin. Die Kommission hat insoweit das Anliegen vorgebracht, dass inländische und ausländische Allgemeininternisten bundesweit als solche tätig werden können sowie dass die Kombination von Fachgebiet und Schwerpunkt keine Doppelqualifikation im EU-Ausland begründen dürfe (s dazu DÄ 2006, A 1512 mit einem Bericht zur Weiterbildungsreform, und Deutsches Ärzteblatt Studieren.de (Das Magazin für Studierende der Medizin), Ausland - News, Bericht vom 06.12.2006 - abrufbar im Internet unter www.aerzteblatt-studieren.de/doc.asp?hl=x&docid=104480). Aus diesem Anliegen der Kommission lässt sich aber nicht ableiten, dass es rechtswidrig sein könnte, im EBM-Ä für innerhalb Deutschlands erbrachte vertragsärztliche Leistungen an eine Qualifikation im Schwerpunkt Pneumologie anzuknüpfen.

26

2. Vorgaben im EBM-Ä, dass bestimmte Leistungen nur von Fachärzten mit einer bestimmten Schwerpunktbezeichnung erbracht und abgerechnet werden dürfen, sind - über das Vorliegen einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage hinaus (s o 1., RdNr 20 ff) - auch im Übrigen kompetentiell und materiell rechtmäßig.

27

Die Kompetenz, solche Qualifikationsanforderungen im EBM-Ä bzw durch Vereinbarungen gemäß [§ 82 Abs 1 SGB V](#) zu normieren, folgt aus der umfassenden Zuständigkeit des Bundes für das Vertragsarztrecht, die aus [Art 74 Abs 1 Nr 12 GG](#) abzuleiten ist. Wie das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) ausgeführt hat, hat der Bund aufgrund des [Art 74 Abs 1 Nr 12 GG](#) die Rechtssetzungskompetenz für die gesamte Sozialversicherung und damit auch für die gesetzliche Krankenversicherung, was die Befugnis einschließt, die vertragsärztliche Versorgung in unterschiedliche Bereiche zu gliedern. Dabei hat das BVerfG besonders hervorgehoben, dass von einer selbstständigen Bedeutung der Sozialversicherung auszugehen ist, in der eigenständige Regelungen möglich sind (BVerfG (Kammer), [MedR 1999, 560](#) = [NJW 1999, 2730](#), 2731 = [SozR 3-2500 § 73 Nr 3](#) S 16; anknüpfend an [BVerfGE 98, 218](#), 303 mit Ausklammerung des Rechts der Vertragsärzte aus dem ärztlichen Berufsrecht; vgl ferner BVerfG (Kammer), [SozR 4-2500 § 135 Nr 2](#) RdNr 29 am Ende ;BSG [SozR 4-2500 § 82 Nr 1](#) RdNr 13; BSG USK 2006-92 S 614). Diese Bundeskompetenz zur Gesetzgebung schließt ein, bundesgesetzliche Ermächtigungen für entsprechende Regelungen auf untergesetzlicher Ebene zu schaffen, auf deren Grundlage dann untergesetzlich Qualifikationsanforderungen statuiert werden können. In dieser Weise ist der Bundesgesetzgeber verfahren, indem er Ermächtigungen wie [§ 72 Abs 2](#), [§ 82 Abs 1](#) und [§ 135 Abs 2 SGB V](#) geschaffen hat, auf deren Grundlage die ermächtigten Vertragspartner Qualifikationserfordernisse vereinbaren können. Dementsprechend haben die KÄBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen auf der Grundlage des [§ 82 Abs 1 SGB V](#) die Kompetenz, Qualifikationsanforderungen wie in der Präambel zu Abschnitt 13.3.7 EBM-Ä 2005 festzulegen.

28

Die Vorgabe der Präambel zu Abschnitt 13.3.7 EBM-Ä 2005, dass nur Fachärzte für Innere Medizin, die die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie führen, die Leistungen dieses Abschnitts erbringen und abrechnen dürfen, ist auch materiellrechtlich nicht zu beanstanden (zur Frage der ausreichenden gesetzlichen Grundlage s bereits oben 1., RdNr 20 ff). Dieses Qualifikationserfordernis kann nicht als sachwidrig beanstandet werden (s zu diesem Maßstab BVerfG (Kammer) [SozR 4-2500 § 87 Nr 6](#) RdNr 13 und 21 = [MedR 2005, 285](#), 286 (unter II. 2. a und b cc)). Denn es stellt eine sachbezogene Erwägung der Qualitätssicherung dar, die Erbringung und Abrechnung pneumologischer Leistungen davon abhängig zu machen, dass der Arzt für Innere Medizin über besondere Fähigkeiten in diesem Leistungsbereich verfügt, und als Beleg dafür die zusätzliche Qualifikation im Schwerpunkt Pneumologie zu fordern. Dem einzelnen Arzt muss nicht die Möglichkeit eingeräumt werden, statt der Schwerpunktbezeichnung individuell eine entsprechende Fähigkeit - zB durch eine spezielle Prüfung oder durch Nachweise über entsprechende Behandlungserfahrungen - zu belegen (vgl hierzu BSG [SozR 3-2500 § 135 Nr 16](#) S 91 f betr Verlangen nach einem Kolloquium; s auch BSG [SozR 4-2500 § 135 Nr 10](#) RdNr 33; vgl ferner BSG, Urteil vom 6.2.2008 - [B 6 KA 41/06 R](#) - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen, RdNr 11 zur schematischen Altersgrenze, ohne individuelle Prüfung noch bestehender Leistungsfähigkeit). Die Rechtmäßigkeit der schematischen Forderung der Schwerpunktbezeichnung folgt aus der jedem Normgeber zukommenden weiten Gestaltungsfreiheit, zu der insbesondere die Befugnis zur Generalisierung, Pauschalierung, Schematisierung und Typisierung gehört (vgl im Zusammenhang mit dem EBM-Ä zB BVerfG (Kammer), [MedR 2005, 285](#), 286 (unter II. 2. b aa zweiter Absatz) = [SozR 4-2500 § 87 Nr 6](#) RdNr 19;BSGE [83, 205](#), 208 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 29](#) S 214 f mwN; BSGE [83, 218](#), 219 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 21](#) S 108 f; BSG SozR 4-5533 Nr 653 Nr 1 RdNr 13 mwN; BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 9](#) RdNr 26 am Ende).

29

Eine Rechtswidrigkeit ergibt sich auch nicht daraus, dass durch das Qualifikationserfordernis alle Ärzte für Innere Medizin, die nicht die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie führen, von der Erbringung und Abrechnung der Leistungen des Abschnitts 13.3.7 EBM-Ä 2005 ausgeschlossen sind. Zwar trifft es zu, dass Ärzte nicht von solchen Leistungsbereichen ausgeschlossen werden dürfen, die zum Kern ihres Fachgebiets gehören bzw für dieses wesentlich und prägend sind (vgl dazu BSGE [84, 290](#), 292 = [SozR 3-2500 § 95 Nr 21](#) S 86; BSG USK 2001-143 S 863 f; BSG [SozR 3-2500 § 135 Nr 16](#) S 88, 89 und § 72 Nr 14 S 41). Diese Grenze ist im Falle des Ausschlusses der Internisten ohne diese Schwerpunktbezeichnung aber nicht überschritten.

30

Die Ansicht des Klägers, Internisten ohne die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie würden durch den Ausschluss gemäß der Präambel zu Abschnitt 13.3.7 EBM-Ä 2005 nahezu vollständig von einem Leistungsbereich ausgeschlossen, der zum Kern ihres internistischen Fachgebiets gehöre, trifft nicht zu. Denn Leistungen, die in diesem Abschnitt aufgeführt sind, enthält zum Teil auch der Abschnitt 13.2. EBM-Ä 2005, dessen Leistungen jeder Internist - auch ohne eine Schwerpunktbezeichnung - erbringen und abrechnen darf. So sind die spiropgraphische Untersuchung sowie die Bestimmung des Säurebasenhaushalts und des Blutgasdrucks nicht nur Teil des pneumologisch-diagnostischen Komplexes gemäß Nr 13650 EBM-Ä 2005, sondern auch als Nr 13255 und 13256 EBM-Ä im Abschnitt 13.2 EBM-Ä 2005

aufgeführt, sodass alle Ärzte für Innere Medizin sie erbringen und abrechnen dürfen und also nicht etwa insgesamt von der Lungenfunktionsdiagnostik ausgeschlossen sind (dazu s auch Nr 4 der Präambel zu Abschnitt 13.1 EBM-Ä 2005). Die ergospirometrische Untersuchung gemäß Nr 13660 EBM-Ä 2005 ist auch als Nr 13560 im Abschnitt 13.3.5 EBM-Ä 2005 enthalten, sodass auch Internisten mit dem Schwerpunkt Kardiologie diese Leistung erbringen und abrechnen können. Diejenigen Leistungen, die allein im Abschnitt 13.3.7 EBM-Ä 2005 zu finden sind, sind typischerweise spezifisch pneumologisch. Sie erfordern zum Teil eine differenzierte pneumologische Ausbildung und Erfahrung (zB Bronchoskopie); zum Teil ist für ihre Durchführung eine kostspielige spezifisch-pneumologische apparative Ausstattung notwendig (so zB für die ganzkörperplethysmographische Lungenfunktionsdiagnostik), oder ihre Erbringung bedarf einer speziellen fachkundigen Anleitung der Patienten zur Mitarbeit und der Fähigkeit, eventuelle fehlerhafte Ergebnisse infolge nicht ordnungsgemäßer Mitarbeit zu erkennen (so zB im Falle der Bestimmung des Atemwegwiderstands, der Diffusionskapazität oder der Lungendehnbarkeit). Da der Normgeber des EBM-Ä aus diesen Gründen die genannten Leistungen dem spezialisierten Pneumologen vorbehalten durfte, ist das Anliegen des Klägers erfolglos, der Leistungsbereich des Abschnitts 13.3.7 EBM-Ä 2005 müsse als Kern des Fachgebiets der Inneren Medizin jedem Internisten eröffnet sein.

31

Soweit sich der Kläger in diesem Zusammenhang auf das Berufsbild des Facharztes für Innere Medizin als eines internistischen Generalisten beruft, dem ein breites Leistungsspektrum eröffnet sein müsse, ist darauf hinzuweisen, dass der Normgeber bei der Neuordnung von Berufsfeldern sowie der Festlegung und Änderung von Berufsbildern eine besonders weite Gestaltungsfreiheit hat (vgl zB [BSGE 90, 111](#), 114 u 116 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 49](#) S 418 u 420 und [BVerfGE 75, 246](#), 265 bis 267; [78, 179](#), 193; [106, 62](#), 116). Dies berechtigt den Normgeber, gerade im Bereich der Inneren Medizin, in der der medizinische Fortschritt stetig zunehmend immer speziellere Kenntnisse erfordert, in den WBOen gesonderte Schwerpunkte stärker herauszustellen und innerhalb des Gesamtbereichs der Inneren Medizin formelle Spezialisierungen vorzusehen.

32

3. Die Vorgabe in der Präambel des Abschnitts 13.3.7 EBM-Ä 2005, dass diese Leistungen nur von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und von Lungenärzten erbracht und abgerechnet werden dürfen, gilt - entgegen der Ansicht des Klägers - nicht nur für die niedergelassenen Vertragsärzte, sondern auch für zu ermächtigende Krankenhausärzte. Dies ergibt sich aus den Regelungen des EBM-Ä (a) und ist auch nicht etwa mit dem Sinn und Zweck der Ermächtigungsregelungen in [§ 116 SGB V](#) und in [§ 31a Abs 1 Ärzte-ZV](#) unvereinbar (b).

33

a) Die ausschließliche Zuordnung der im Kapitel 13.3.7 EBM-Ä 2005 verzeichneten Leistungen zu den Internisten mit Schwerpunkt Pneumologie und den Lungenärzten ergibt sich aus der Regelung in den Allgemeinen Bestimmungen I Nr 1.3 und 1.5 EBM-Ä 2005. Hiernach 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." "Arztgruppenspezifische Leistungen können nur von den in der Präambel des entsprechenden Kapitels bzw Abschnitts genannten Vertragsärzten, die die dort aufgeführten Kriterien erfüllen, berechnet werden." Die Ansicht des Klägers, diese Regelungen gälten nur für die niedergelassenen Vertragsärzte, während auf ermächtigte Ärzte ausschließlich die Allgemeine Bestimmung I Nr 2.3 EBM-Ä 2005 anzuwenden sei, trifft nicht zu.

34

Nach der Allgemeinen Bestimmung I Nr 2.3 EBM-Ä 2005 ist "die Berechnung der Leistungen durch einen ermächtigten Arzt an das Fachgebiet und den Ermächtigungsumfang gebunden." Hieraus ist indessen nicht abzuleiten, dass die in der Allgemeinen Bestimmung I Nr 1.3 EBM-Ä 2005 zugelassene Möglichkeit der Bindung der Abrechenbarkeit "an ein Gebiet, einen Schwerpunkt oder sonstige Kriterien" für die ermächtigten Ärzte nicht gelte. Eine solche Auslegung entspräche nicht dem Sinngehalt der Bestimmung I Nr 2.3 EBM-Ä 2005, die lediglich klarstellt, dass es für ermächtigte Ärzte nicht nur auf ihre berufsrechtliche Qualifikation, sondern außerdem auf den Umfang der Ermächtigung ankommt. Damit stellt das in Nr 2.3 enthaltene Merkmal des Fachgebiets nur eine verkürzte Bezeichnung des Erfordernisses einschlägiger berufsrechtlicher Qualifikation dar, ohne diese im wörtlichen Sinne auf "das Fachgebiet" beschränken zu wollen. Eine abweichende Auslegung liefe im Übrigen auch dem Grundsatz zuwider, dass ermächtigte Ärzte, soweit sie im ambulanten vertragsärztlichen Bereich tätig werden, grundsätzlich den auch sonst im vertragsärztlichen Bereich geltenden Regelungen unterworfen sind. Mehrfach hat das BSG herausgestellt, dass für Krankenhausärzte, die aufgrund einer Ermächtigung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung tätig sind, grundsätzlich dieselben Bestimmungen und Anforderungen gelten wie für Vertragsärzte ([§ 95 Abs 4 Sätze 1 und 2 SGB V](#), s dazu insbesondere BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 5](#) S 33: "Zulassung und Ermächtigung ... in gleicher rechtsgestaltender Weise"; ebenso zB BSG [MedR 1999, 479](#), 480 f; vgl auch BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 14](#) S 76; [SozR 4-2500 § 87 Nr 11](#) RdNr 8; s ferner BSG [SozR 4-2500 § 135 Nr 10](#) RdNr 15 u 31).

35

b) Das Ergebnis, dass Krankenhausinternisten, die nicht die Schwerpunktbezeichnung Pneumologie führen, nicht zur Erbringung und Abrechnung der Leistungen des Abschnitts 13.3.7 EBM-Ä 2005 ermächtigt werden dürfen, ist entgegen der Ansicht des Klägers im Übrigen auch mit dem Sinn und Zweck der Ermächtigungsregelungen in [§ 116 SGB V](#) und in [§ 31a Abs 1 Ärzte-ZV](#) vereinbar. Das diesen Bestimmungen zugrunde liegende Ziel, Versorgungslücken zu schließen, ist kein oberstes Leitprinzip im dem Sinne, dass die Versorgung und dementsprechend auch die Auslegung der vertragsarztrechtlichen Bestimmungen zuvörderst an der Zielsetzung umfassender ortsnaher Versorgungssicherstellung auszurichten wäre. Vielmehr kommt den Gesichtspunkten der Qualität der Versorgung und deshalb auch den Qualifikationen der Leistungserbringer ein so hoher Rang zu, dass es grundsätzlich nicht zu beanstanden ist, wenn daran anknüpfende Anforderungen dazu führen, dass die Patienten für eine qualitativ hochwertige Versorgung längere Wege in Kauf nehmen müssen. Eine vorrangiges Prinzip, dass Versorgungslücken auf jeden Fall zu schließen seien, lässt sich aus dem Bundesrecht nicht ableiten (vgl zB BSG, Urteil vom 27.6.2007 - [B 6 KA 24/06 R](#) - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen - RdNr 20 am Ende; zur Verneinung eines Anspruchs der

Versicherten auf eine optimale Versorgung s zB BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr 8](#) RdNr 29; BSG, Urteil vom 6.2.2008 - [B 6 KA 40/06 R](#) - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen - RdNr 16 mwN).

36

4. Das in der Präambel zu Abschnitt 13.3.7 EBM-Ä 2005 normierte Qualifikationserfordernis des Führens der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie sowie der dadurch bewirkte Ausschluss der Internisten ohne solche Schwerpunktbezeichnung sind schließlich auch mit [Art 12 Abs 1](#) und [Art 3 Abs 1 GG](#) vereinbar.

37

Die Vereinbarkeit mit [Art 12 Abs 1 GG](#) folgt daraus, dass es sich um eine nicht statusrelevante Berufsausübungsregelung handelt, die mit ihrer Zielsetzung der Qualitätssicherung im Interesse des Gesundheitsschutzes ohne Weiteres rechtmäßig, nämlich durch ausreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt, ist. Das BSG legt in ständiger Rechtsprechung bei der Prüfung einer Verletzung des [Art 12 Abs 1 GG](#) die sog Stufenlehre des BVerfG zugrunde, das danach differenziert, ob eine Regelung der Berufswahl oder ob nur eine Ausübungsregelung vorliegt. Innerhalb der Berufsausübungsregelungen nimmt das BSG die Zuordnungen danach vor, ob die Intensität des Eingriffs derjenigen einer Berufswahlregelung nahe kommt oder ob jedenfalls der Kernbereich des Berufsfeldes betroffen ist oder ob nur ein - nicht statusrelevanter - minder schwerer Eingriff gegeben ist (zu diesen Maßstäben vgl zB BSG [SozR 3-2500 § 135 Nr 16](#) S 88 f und BVerfG (Kammer) [SozR 4-2500 § 135 Nr 2](#) RdNr 21 ff). Beeinträchtigungen der vorliegenden Art stellen lediglich nicht statusrelevante Berufsausübungsregelungen dar. Denn sie kommen weder einem Eingriff in die Berufswahl nahe noch betreffen sie den Kernbereich des Berufsfeldes. Wie dargelegt (s o RdNr 29 bis 31), ist der Leistungsbereich des Abschnitts 13.3.7 EBM-Ä 2005 in seinen wesentlichen Teilen nicht - bzw heute nicht mehr - dem Kern des Fachgebiets der Inneren Medizin zuzurechnen. Die normative Regelung, dass die Erbringung und Abrechnung dieser Leistungen das Führen der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie voraussetzt, ist durch ausreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt. Sie dient, wie ausgeführt, der Qualitätssicherung im Interesse des Gesundheitsschutzes. Der Normgeber hat diesem Gemeinwohlbelang erhebliches Gewicht bemessen dürfen (zu dessen Gewicht s zB [BSGE 82, 55](#), 61 f = [SozR 3-2500 § 135 Nr 9](#) S 44; BSG [SozR 3-2500 § 72 Nr 8](#) S 22; Nr 11 S 32; § 135 Nr 15 S 78; § 135 Nr 16 S 90; [SozR 4-2500 § 82 Nr 1](#) RdNr 17; SozR 4-5533 Nr 653 Nr 1 RdNr 14). Er hat den Belang des Gesundheitsschutzes als vorrangig gegenüber den gegenläufigen Interessen derjenigen Internisten bewerten dürfen, die die Leistungen des Abschnitts 13.3.7 EBM-Ä 2005 auch ohne Führen der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie erbringen und abrechnen möchten (zur Prärogative des Normgebers bei Auswahl, Gewichtung und Abwägung widerstreitender Belange s besonders deutlich BSG [SozR 3-2500 § 72 Nr 11](#) S 31; vgl auch zB [BSGE 82, 41](#), 44 = [SozR 3-2500 § 103 Nr 2](#) S 13; [BSGE 82, 55](#), 59 = [SozR 3-2500 § 135 Nr 9](#) S 43). Die Gerichte könnten nur eingreifen, wenn die normative Regelung bezogen auf das ihr zugrunde liegende Gemeinwohlziel schlechthin ungeeignet, eindeutig nicht erforderlich oder - auch bei Anerkennung eines Beurteilungsspielraums - unzumutbar wäre, also insbesondere dann, wenn die der Rechtsnorm zugrunde liegenden Einschätzungen so offensichtlich fehlerhaft wären, dass sie vernünftigerweise keine Grundlage für normative Maßnahmen abgeben können (BSG [SozR 3-2500 § 72 Nr 11](#) S 31 mit BVerfG- und weiteren BSG-Angaben). Das ist hier indessen nicht der Fall.

38

Die Vereinbarkeit mit [Art 3 Abs 1 GG](#) ist ebenfalls gegeben. Entgegen der Ansicht des Klägers war der Normgeber nicht verpflichtet, bei der Ermächtigung von Krankenhausärzten auf das Erfordernis des Führens der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie zu verzichten und die aus einer entsprechenden Krankenhaustätigkeit möglicherweise resultierende faktische Qualifikation ausreichen zu lassen. Der Normgeber darf gerade bei der Festlegung von Qualifikationserfordernissen den Nachweis in einem formalisierten Verfahren fordern, weil damit ein einigermaßen rechtssicherer Beleg für die Qualifikation vorliegt und das Abstellen darauf der Verwaltungsvereinfachung dient. Auf Qualitäts- bzw Qualifikationsprüfungen im Einzelfall braucht sich der Normgeber nicht einzulassen (hierzu vgl BSG [SozR 3-2500 § 135 Nr 16](#) S 91 f betr Verlangen nach einem Kolloquium; ebenso zB BSG, Urteil vom 6.2.2008 - [B 6 KA 41/06 R](#) - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen, RdNr 11 mit Angaben zur BVerfG-Rechtsprechung, betr schematische Altersgrenze ohne individuelle Prüfung noch bestehender Leistungsfähigkeit).

39

5. Mithin kann dem Kläger wegen des Erfordernisses der Präambel zu Abschnitt 13.3.7 (iVm der Allgemeinen Bestimmung I Nr 1.3) EBM-Ä 2005, dass nur Fachärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie die Leistungen dieses Abschnitts erbringen und abrechnen dürfen, die von ihm begehrte Ermächtigung nicht erteilt werden. Daher kommt es nicht darauf an - und erübrigen sich nähere Ausführungen -, ob insoweit eine Versorgungslücke iS des [§ 116 Satz 2 SGB V](#) und des § 31a Abs 1 Satz 2 Ärzte-ZV besteht.

40

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Danach trägt der Kläger die Kosten des von ihm erfolglos geführten Rechtsmittels ([§ 154 Abs 2 VwGO](#)). Dies umfasst auch die Kosten der Beigeladenen zu 1., weil von den Beigeladenen nur diese sich im Verfahren beteiligt und auch Anträge gestellt hat ([§ 162 Abs 3 VwGO](#), vgl [BSGE 96, 257](#) = [SozR 4-1300 § 63 Nr 3](#), jeweils RdNr 16).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2008-12-19