
S 1 KA 942/03

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	5
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	hausärztliche Versorgung, fachärztliche Versorgung, KO-Katalog, Gastroskopie
Leitsätze	"Die Ausgliederung weiterer Leistungen aus der hausärztlichen Versorgung, die zukünftig allein fachärztlichen Internisten vorbehalten bleiben, durch Vereinbarung Nr. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung (Ergänzung des KO Katalogs) vom 07.07.2000 ist rechtmäßig. Ein bereits hausärztlich tätiger Internist wird trotz der kurzen Übergangsfrist nicht in seinen Rechten aus Art. 12 GG verletzt, wenn er ab 1.1.2003 keine gastroscopischen Untersuchungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen und abrechnen darf.
Normenkette	§ 73 Abs 1a SGB V ; Vereinbarung Nr. 2 zu § 6 Abs. 2 des Vertrags über die hausärztliche Versorgung; GNr 741 EBM
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 1 KA 942/03
Datum	23.07.2003
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 5 KA 3683/03
Datum	03.03.2004
3. Instanz	
Datum	-

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23.

Juli 2003 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Abrechnung der Gebührennummer (GNR) 741 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) über den 31. Dezember 2002 hinaus.

Der Kläger ist seit 1984 als Vertragsarzt, und zwar zunächst als Facharzt für Allgemeinmedizin, zugelassen. 1989 wurde diese Zulassung mit Wirkung ab 1. April 1989 in die eines Facharztes für Innere Medizin umgewandelt. Er ist seit 1. Januar 1996 in D., R.-Kreis niedergelassen. Mit Schreiben vom 18. Februar 1996 hatte sich der Kläger für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung entschieden (gem. Â§ 10 Nr. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung vom 6. September 1993 â BMV-Ä Anlage 5).

In der Vereinbarung Nr. 1 gem. Â§ 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung vom 6. September 1993 (KO-Liste) wurden â unbeschadet der Übergangsregelung nach Â§ 9 des Vertrages (Möglichkeit, die Leistungen weiterhin bis zum 31. Dezember 2002 zu erbringen) â folgende Leistungen des EBM ab dem 1. Januar 1996/1. Juli 1996 in der hausärztlichen Versorgung nicht mehr vergütet: Nrn. 614, 616-619, 621, 622, 625-642, 668, 686-687, 694, 700, 707, 715, 721, 722, 725, 726, 746-752, 760, 763, 764, 767, 769-775, 790-793 sowie die Leistungen des Abschnitts O III, des Kapitels P und des Kapitels Q.

Mit Beschluss der Vertragspartner Bundesmantelvertrag-Ärzte, bekannt gegeben in DÄBl vom 7. Juli 2000 S. A 1925, wurde gem. Â§ 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung vom 6. September 1993 â unbeschadet der Übergangsregelung nach Â§ 9 Abs. 2 des Vertrages â die Vereinbarung Nr. 2 in Kraft gesetzt, wonach folgende Leistungen des EBM ab dem 1. Oktober 2000 (ebenfalls) in der hausärztlichen Versorgung nicht mehr vergütet werden: Nrn. 605, 608, 609, 620, 654, 665, 680, 681, 682, 689, 698, 710, 718, 719, 723, 728, 731-741 und 745.

Mit Schreiben vom 1. Dezember 2000 beantragte er die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung fachärztlicher Leistungen (hier der Leistung nach GNR 741 EBM â Gastroskopie und/oder partielle Duodenoskopie, ggf. einschließlich Ösophagoskopie, Probeexzision und/oder Urease-Nachweis (einschl. Kosten): 1400 Punkte -) im Rahmen der Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung. Dieser Antrag wurde, da dem Kläger ohnehin bis zum 31. Dezember 2002 nach der bestehenden Rechtslage die Abrechnung der GNR 741 EBM möglich war, als Antrag gewertet, ihm die Abrechnung dieser Gebührennummer über den 31. Dezember 2002 hinaus zu ermöglichen.

Mit Bescheid vom 29. Juli 2002 (Beschluss vom 22. Mai 2002) lehnte der Zulassungsausschuss den Antrag ab. Zur Begründung führte er aus, eine

bedarfsgerechte Versorgung in Bezug auf die beantragte fachärztliche Leistung sei vorhanden, der R.-Kreis weise im fachärztlich-internistischen Sektor einen Versorgungsgrad von 229,7% auf. Damit sei eine Überversorgung gegeben und es bestehe eine Zulassungssperre. Somit sei ein quantitativer Bedarf nicht vorhanden. Die qualitative Bedarfsprüfung habe ergeben, dass die vom Kläger beantragten fachärztlichen Leistungen von fachärztlichen Internisten in unmittelbarer Nähe der Praxis angeboten würden. Es bestehe somit weder eine quantitative noch eine qualitative Versorgungslücke, weshalb der Antrag des Klägers gemäß [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) abgelehnt werde.

Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch mit der Begründung, dass er 1996 seine hausärztlich-internistische Praxis gegründet habe, als die gesetzlichen Voraussetzungen noch anders gewesen seien. Er habe damals die GNR 741 EBM noch abrechnen können. Der KO-Katalog sehe eine achtjährige Übergangsfrist für die KO-Leistungen vor. Daher sei die achtjährige Übergangsfrist ihm auch zuzugestehen, da die GNR 741 EBM erst im Jahr 2000 in den KO-Katalog aufgenommen worden sei.

Mit Beschluss vom 27. November 2002/Bescheid vom 18. Februar 2003 wies der beklagte Berufungsausschuss den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte er aus, der Gesetzgeber habe durch die Trennung der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung eine qualitative Verbesserung der Versorgung der Patienten im Auge gehabt. Der Facharzt selbst solle dadurch, dass ihm bestimmte Leistungen zur alleinigen Erbringung zugewiesen seien, in diesem Leistungsfeld ein besonderes Spezialwissen erwerben, das er dann den Patienten wieder zur Verfügung stellen könne. Diese Intention des Gesetzgebers werde unterlaufen, wenn durch ausdehnende Interpretation des [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) in großem Umfang Ausnahmen von der Trennung zwischen Hausarzt und Facharzt genehmigt würden. Der Beklagten sehe eine solche Ausnahme nur dann als gerechtfertigt an, wenn in zumutbarem Umkreis um die Praxis des Klägers herum die Leistungen nicht angeboten würden, die der Kläger erbringen wolle. Der vom Beklagten angehörte sachverständige Zeuge Dr. W., Facharzt für Innere Medizin in M., habe berichtet, dass in W. eine gastroenterologische Praxis betrieben werde und damit die Leistungen angeboten würden, die der Kläger erbringe und weiterhin erbringen wolle. Des Weiteren seien in W., im direkten nachbarschaftlichen Bereich, zwei weitere Ärzte tätig, die gastroscopische Leistungen erbringen würden. Da den Patienten von D. aus zugemutet werden könne, nach W. zur Gastroskopie zu fahren, könne eine Ausnahmegenehmigung für den Kläger nicht in Betracht gezogen werden.

Der Kläger hat gegen den ihm am 19. Februar 2003 zugestellten Widerspruchsbescheid am 18. März 2003 Klage vor dem Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Zur Begründung hat er geltend gemacht, er habe Bestandsschutz für die Erbringung der gastroscopischen Leistungen. Nur auf Grund einer Gesetzesänderung dürften die gastroscopischen Leistungen nicht mehr von den hausärztlich tätigen Internisten erbracht werden. Diese Änderung sei erst 2002 eingeführt worden und er habe Anspruch auf eine achtjährige Übergangsfrist. Er habe Investitionen getätigt, die sich amortisieren müssten. Im Übrigen sei 1996

eine neue Gebührenordnung für Ärzte in Kraft getreten. Es habe ein Unterschied zwischen hausärztlicher Versorgung bei Internisten und fachärztlicher Versorgung durch Internisten bestanden. Bestimmte Leistungen seien in den fachärztlichen Bereich der Internisten verwiesen worden. Insoweit sei jedoch den hausärztlich tätigen Internisten eine Übergangsfrist von acht Jahren zugestanden worden. Erst nach dieser Übergangsfrist sollte die Abrechnungsmöglichkeit der Leistungen erlöschen. Hier sei ihm eine solche Übergangsfrist nicht eingeräumt worden.

Mit Urteil vom 23. Juli 2003 hat das SG die Klage abgewiesen. Das SG hat hierbei die Auffassung vertreten, dass der Beklagte bei der hier vorzunehmenden Beurteilung des Bedarfs alle von ihm zu beachtenden maßgeblichen Grundsätze zutreffend angewandt habe, er habe insbesondere zunächst Ermittlungen zum Bedarf auch angestellt. Ein Anspruch des Klägers auf Erteilung der Ausnahmegenehmigung bestehe auch nicht unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Gastroskopie, das bedeute die GNR 741 EBM, erst im Jahr 2000 in den so genannten KO-Katalog mit aufgenommen worden sei. Der Vertrag über die hausärztliche Versorgung, der auf [Â§ 73 Abs. 1c SGB V](#) beruhe, sei grundsätzlich im Jahre 1994 in Kraft getreten und die Trennung von fachärztlicher und hausärztlicher Versorgung sei im Jahre 1992 beschlossen worden, wobei die Vertragsärzte, welche fachärztliche Leistungen im Sinne des KO-Katalogs abgerechnet hatten, diese bis zum 31. Dezember 2002 weiter erbringen und abrechnen durften. Hiervon habe der Kläger Gebrauch gemacht. Er rüge nun allerdings, dass ihm in Bezug auf die GNR 741 EBM nur eine zweijährige Übergangsfrist zugestanden worden sei. Diese Übergangsfrist sei nach Auffassung des SG jedoch ausreichend. Zu berücksichtigen sei in diesem Zusammenhang, dass die Leistungen, die zum Jahre 2000 in den KO-Katalog mit aufgenommen worden seien, nur eine Ergänzung der bereits im Jahre 1996 in Kraft getretenen Vereinbarung gem. Â§ 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung vom 6. September 1993 in der Fassung vom 11. Dezember 1995 gewesen sei und dass es sich bei den in der Vereinbarung Nr. 2 aufgeführten Leistungen durchweg um typische fachärztliche Leistungen gehandelt habe. Sowohl der KO-Katalog i. d. F. von 1996 als auch in der vom 30. Juni 2002 (wohl gemeint 20. Juni 2000) enthaltene Leistungen, die für einen Internisten oder Allgemeinmediziner erkennbar fachärztlichen Charakter hätten, sodass der Kläger sich hätte darauf einstellen können, dass zumindest die Möglichkeit bestehe, dass etwa auch die Leistung der GNR 741 EBM in den KO-Katalog mit aufgenommen werde. Darüber hinaus sei zu berücksichtigen, dass der Kläger z. B. im Quartal 3/01 nur 14 Gastroskopien durchgeführt habe und dass dieses Leistungsvolumen verglichen mit den anderen Leistungen, die der Kläger erbringe, vernachlässigbar sei. Seine Praxisführung und seine Berufsausübung werde durch den Wegfall der GNR 741 EBM nur marginal tangiert und ihm bliebe insoweit eine Übergangsfrist von zwei Jahren, in denen er die von ihm erworbenen Geräte amortisieren könne. Im übrigen könne er diese Geräte für Privatpatienten auch weiterhin benutzen.

Der Kläger hat gegen das seinem Bevollmächtigten am 14. August 2003 zugestellte Urteil am 15. September 2003 (Montag) Berufung eingelegt. Die im sogenannten KO-Katalog festgelegten Abrechnungsmodalitäten beeinträchtigten

ihn in seiner grundgesetzlich geschützten Berufsausübung. Die gastrokopischen Untersuchungen stellen für ihn eine zentrale Tätigkeit in seiner Eigenschaft als Facharzt für Innere Medizin dar. Eine solche Tätigkeit dürfte nicht aus dem Berufsbild des Facharztes für Innere Medizin herausgenommen werden. Sein im Jahr 2000 neu angeschafftes Gerät amortisiert sich nicht, wenn er nur Privatpatienten behandeln dürfte. Entgegen der Auffassung des SG liege die nächst gelegene Praxis, die gastrokopische Untersuchungen anbiete, 6 bis acht Kilometer entfernt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23. Juli 2003 sowie den Bescheid des Beklagten vom 18. Februar 2003 (Beschluss vom 27. November 2002) aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, über seinen Antrag auf Genehmigung und Abrechnung fachärztlicher Leistungen nach GNR 741 EBM erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu entscheiden. Der Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Beigeladenen haben sich im Berufungsverfahren nicht geäußert und keine Anträge gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Verwaltungsakte des Beklagten sowie die Gerichtsakten in erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Gegenstand des Rechtsstreits ist allein der Bescheid des Beklagten vom 18. Februar 2003 (Beschluss vom 27. November 2002). Über den Bescheid des Zulassungsausschusses vom 29. Juli 2002 (Beschluss vom 22. Mai 2002) ist hingegen nicht zu befinden. Denn der Bescheid des Berufungsausschusses tritt grundsätzlich als Regelung der Zulassungssache an die Stelle des vorangegangenen Bescheides des Zulassungsausschusses und bildet den alleinigen Gegenstand der weiteren Beurteilung (BSG [SozR 3-2500 Â§ 96 Nr. 1](#)).

II.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [Â§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegt nicht vor. Denn streitig ist hier nicht eine Geld- oder Sachleistung bzw. ein darauf gerichteter Verwaltungsakt. Der Kläger begehrt vielmehr die Genehmigung, auch weiterhin Leistungen nach der GNR 741 EBM abrechnen zu dürfen.

III.

Die Berufung des KlÄggers ist jedoch unbegr¼ndet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen, denn ein Anspruch des KlÄggers auf die Genehmigung und Abrechnung fachÄrztlicher Leistungen nach der GNR 741 EBM besteht nicht.

Nach [Ä§ 73 Abs. 1 SGB V](#) in der hier maßgeblichen Fassung des GKV â Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22.12.1999 ([BGBl. I S 2626](#)) gliedert sich die vertragsÄrztliche Versorgung in die hausÄrztliche und die fachÄrztliche Versorgung. Die hausÄrztliche Versorgung beinhaltet insbesondere 1. die allgemeine und fortgesetzte Ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes, 2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen, 3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung, 4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtÄrztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

Nach [Ä§ 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V](#) nehmen an der hausÄrztlichen Versorgung 1. AllgemeinÄrzte, 2. KinderÄrzte, 3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausÄrztlichen Versorgung gewährt haben, 4. Ärzte, die nach Ä§ 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und 5. Ärzte, die am 31. Dezember 2000 an der hausÄrztlichen Versorgung teilgenommen haben, teil (HausÄrzte). Die übrigen FachÄrzte nehmen an der fachÄrztlichen Versorgung teil (Satz 2). Der Zulassungsausschuss kann für KinderÄrzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine von Satz 1 abweichende befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist (Satz 3).

Der KlÄgger ist seit 1989 als Facharzt für Innere Medizin zur vertragsÄrztlichen Versorgung zugelassen und hat sich 1996 für die Teilnahme an der hausÄrztlichen Versorgung entschieden ([Ä§ 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) i. V. m. Ä§ 10 Nr. 2 des Vertrages über die hausÄrztliche Versorgung). Ihm kann damit grundsätzlich gem. [Ä§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) bei entsprechendem Bedarf befristet die Möglichkeit eröffnet werden, auch weiterhin fachÄrztliche Leistungen zu erbringen. Voraussetzung hierfür ist damit aber, dass ein entsprechender Bedarf besteht.

Im Rahmen der Bedarfsprüfung steht den Zulassungsgremien ein vom Gericht nur beschränkt nachprüfbarer Beurteilungsspielraum zu. Er erstreckt sich darauf, ob im ambulanten Bereich eine Versorgungslücke existiert und wie lange zu deren Schließung die Ermächtigung (hier) eines Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, der an der hausÄrztlichen Versorgung teilnimmt, geboten ist. Dies hängt von verschiedenen Faktoren ab â etwa Anzahl der Ärzte, Bevölkerungsdichte und Bevölkerungsstruktur, Art und Umfang der Nachfrage, räumliche Zuordnung aufgrund der Verkehrsanbindungen -, die nicht nur jeder für sich, sondern auch in ihrer Abhängigkeit untereinander weitgehend unbestimmt sind. Im Rahmen des dadurch vom Gesetzgeber den Zulassungsgremien anvertrauten Beurteilungsspielraums beschränkt sich die

Kontrolle des Gerichts darauf, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Zulassungsinstanzen die durch die Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffs ermittelten Grenzen eingehalten haben und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet haben, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist (stRspr, vgl. etwa [BSGE 73, 25](#), 29; BSG, Urteil vom 06. Juni 1984, SozR 5520 Â§ 29, Nr. 5, S. 20).

Ausgehend davon lässt der Bescheid des Beklagten keine materiell-rechtlichen Mängel zum Nachteil des Klägers erkennen. Hinsichtlich des Bedarfs in quantitativ-allgemeiner Hinsicht hat der Beklagte im Ergebnis den Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg, Planungsbereich Landkreis R., mit Stand (zuletzt) vom 13. November 2002 (Ärzteblatt Baden-Württemberg, 2002 Heft 3, S. 122) zugrundegelegt. Dies ist rechtlich zulässig (vgl. [BSGE 73, 25](#), 29). Danach war zu diesem Zeitpunkt für fachärztlich tätige Internisten für diesen Planungsbereich eine Überversorgung festgestellt und eine Zulassungssperre angeordnet (der Versorgungsgrad beträgt bei Einwohnerzahlen von 527.796 (Stand 31. Dezember 2001), der allgemeinen Verhältniszahl Einwohner/fachärztliche Internisten von 30.563 und insgesamt 41,5 tätigen fachärztlichen Internisten 240,3%). Der Beklagte hat des Weiteren durch den sachverständigen Zeugen Dr. W. ermittelt, dass Gastroskopien in der Nähe der Praxis des Klägers, nämlich im nur wenige Kilometer entfernten W. von zwei Ärzten angeboten und durchgeführt werden. Im Hinblick darauf hat der Beklagte zu Recht ausgeführt, dass es einem Patienten von D. aus zugemutet werden könne, nach W. zu einer Gastroskopie zu fahren. Denn für die Versorgung mit besonderen technischen Leistungen müssen Versicherte im Regelfall immer Wegstrecken zurücklegen, weil diese nur von entsprechend ausgestatteten Praxen angeboten werden. Dies ist auch die unvermeidliche Konsequenz einer sich fortschreitend spezialisierenden Medizin. Wenn der Umstand, dass bei Durchführung der eigentlichen Behandlung durch einen Krankenhausarzt die technische Möglichkeit besteht, die radiologischen oder sonstigen Zusatzuntersuchungen von einem Arzt durchführen zu lassen, der nämlich im selben Gebäude wie der behandelnde Arzt tätig ist, noch nicht generell das Vorliegen eines entsprechenden Bedarfs zur Ermächtigung eines Krankenhausarztes im Sinne der [Â§ 116 Satz 2 SGB V](#), 31a Abs. 1 Satz 2 der Zulassungsordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) indiziert (vgl. BSG [SozR 3-2500 Â§ 116 Nr. 24](#)), dann kann ein Versorgungsbedarf, der in der vertragsärztlichen Versorgung sichergestellt werden müsste, sich nicht allein daraus ergeben, dass den Versicherten Wege erspart werden. Solange Patienten in zumutbarer Weise die Möglichkeit haben, Vertragsärzte zu erreichen, besteht kein abzudeckender Versorgungsbedarf (so auch zur Frage des Bedarfs für eine Zweigpraxis: Urteil des Senats vom 31. Juli 2002 â€“ L 5 KA 2009/01 -; s. a. Beschluss des Senats vom 18. Februar 2004 â€“ L 5 KA 3697/03 -). Angesichts dieser Rechtslage ist es unerheblich, ob der nächste gastrokopisch tätige Internist drei Kilometer entfernt praktiziert, wovon der Beklagte ausgeht, oder ob die wirkliche Entfernung sechs bis acht Kilometer beträgt, was der Kläger zuletzt vorgetragen hat.

Ebenfalls zu Recht hat der Beklagte im Hinblick auf die bereits von den in W.

ansässigen Ärzten angebotene Gastroskopie auch einen qualitativ-speziellen Bedarf verneint. Der Kläger bietet mit der Gastroskopie nach GNR 741 EBM keine anderen Leistungen an als die anderen Ärzte.

Der Kläger hat auch wie vom SG zutreffend festgestellt auch keinen Anspruch auf Erteilung der Ausnahmegenehmigung unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Gastroskopie, d. h. die GNR 741 EBM, erst im Jahre 2000 in den so genannten KO-Katalog mit aufgenommen worden ist. Der Vertrag über die hausärztliche Versorgung, der auf [Â§ 73 Abs. 1c SGB V](#) beruht, trat zum 1. Januar 1994 in Kraft. Die Trennung von fachärztlicher und hausärztlicher Versorgung wurde bereits im Jahre 1992 beschlossen, wobei die Vertragsärzte, welche fachärztliche Leistungen im Sinne des KO-Kataloges abgerechnet hatten, diese bis zum 31. Dezember 2002 weiter erbringen und abrechnen durften (Â§ 9 Abs. 1 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung). Von dieser Möglichkeit hat der Kläger auch Gebrauch gemacht.

Im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 hat der Gesetzgeber in [Â§ 87 Abs. 2 a Satz 4 SGB V](#) die Neuregelung getroffen, dass die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen aufgeführten Leistungen bis zum 31. März 2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern sind 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. Ergänzend hierzu hat der Gesetzgeber in [Â§ 85 Abs. 4 SGB V](#) angeordnet, dass die Gesamtvergütung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung verteilt wird. In Ausführung dieser gesetzlichen Vorgaben haben die Partner des Bundesmantelvertrags-Ärzte die hier bezüglich der GNR 741 EBM in Streit stehende Vereinbarung Nr. 2 zu Â§ 6 Abs 2 des Vertrags über die hausärztliche Versorgung getroffen.

Wie bereits das SG ausgeführt hat, ist die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich mit [Art. 12 Abs. 1](#) und [Art. 14 Grundgesetz \(GG\)](#) vereinbar. Die Regelungen haben zur Folge, dass nach Ablauf einer Übergangsfrist bestimmte Positionen des EBM nicht mehr abgerechnet werden können. Diese Einwirkungen auf das ärztliche Handeln mit der Vergütungsregelungen sind ein Mittel der Berufsausübung. Sie genügen jedoch dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Sie sind zur Umsetzung der gesundheits- und finanzpolitischen Ziele geeignet, erforderlich und grundsätzlich auch zumutbar (vgl. BVerfG, Beschluss vom 17. Juni 1999 [â€ 1 BvR 2507/97](#) -in [SozR 3-2500 Â§ 73 Nr. 3](#); BSG [SozR 3-2500 Â§ 73 Nr. 1](#) und [Â§ 87 Nr. 17](#)). Wenn nach der Auffassung des Bundesverfassungsgerichtes bereits die grundlegende Aufteilung der ärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen Bereich und einen fachärztlichen Bereich grundgesetzkonform ist, dann bestehen gegen eine genauere Abgrenzung dieser Bereiche, wie sie der Gesetzgeber im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vorgeschrieben hat, ebenfalls keine Bedenken. Der Kläger beanstandet allerdings nicht die grundsätzliche Aufteilung in einen

fachärztlichen und einen hausärztlichen Versorgungsbereich, er sieht sich durch die seines Erachtens zu kurz bemessene Übergangsfrist in seinen Rechten verletzt. Einzuräumen ist, dass im dort konkret zu entscheidenden Fall das BVerfG bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht und der Dringlichkeit der sie rechtfertigenden Gründe vor allem im Hinblick auf die langen Übergangsfristen die Grenze der Zumutbarkeit als nicht überschritten angesehen hatte. Leistungen, für die nur eine zweijährige Übergangsfrist zur Verfügung stand, standen im zitierten Beschluss nicht zur Überprüfung an. Zu Unrecht beruft sich der Kläger auf diese Rechtsprechung. So weit er rügt, dass ihm in Bezug auf die GNR 741 EBM nur eine zweijährige Übergangsfrist zugestanden wurde, vermag diese Rechtswidrigkeit in seinem Falle nicht zu begründen, denn die nur zweijährige Übergangsfrist ist nach Auffassung des Senats ausreichend.

Die mit Beschluss der Vertragspartner des Bundesmantelvertrags Ärzte erfolgte Abgrenzung der jeweils zu erbringenden Leistungen zwischen der Fachgruppe der fachärztlichen tätigen Internisten und der Fachgruppe der Hausärzten stellt für den Kläger keine statusrelevante Berufsausübungsregelung dar. Ein Eingriff in den Zulassungsstatus einer Arztgruppe liegt nur vor, wenn Regelungen den Vertragsarzt von der Erbringung bzw. Berechnungspflichtigkeit solcher Leistungen ausschließen, die für sein Fachgebiet wesentlich sind (BSG Urteil vom 15. Mai 2002 – [B 6 KA 22/01](#)). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Zu bedenken ist dabei, dass der Kläger nicht im Beruf des fachärztlichen Internisten tätig sein will, sondern sich freiwillig für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung entschieden hat. Zu prüfen ist also, ob der Ausschluss der Abrechenbarkeit der GNR 741 EBM für die hausärztliche Tätigkeit wesentlich ist. Dies ist im Hinblick auf in [§ 73 Abs. 1 SGB 5](#) vorgegebene, oben in vollem Wortlaut wiedergegebene Aufgabenbeschreibung des Hausarztes zu verneinen.

Auch nicht statusrelevante Berufsausübungsregelungen untergesetzlicher Normgeber müssen, wie alle anderen Eingriffe in das Grundrecht des [Art. 12 Abs. 1 GG](#), durch ausreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt sein. Dabei sind die Grundsätze der Verhältnismäßigkeit, insbesondere der Erforderlichkeit und Zumutbarkeit einzuhalten (BSG Urteil vom 8. März 2000 [B 6 KA 12/99](#)). Insoweit bestehen im konkreten Fall jedoch keine Bedenken.

Bei der Würdigung der Zumutbarkeit im hier zu entscheidenden Fall ist zum einen zu berücksichtigen, dass die Leistungen, die zum Jahre 2000 (zusätzlich) in den KO-Katalog mit aufgenommen wurden (Vereinbarung Nr. 2 gem. § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung vom 06. September 1993 – DÄ 1993 Heft 41 – in der ab 1. Oktober 2000 gültigen Fassung auf Grund Beschluss vom 20. Juni 2000 – DÄ 2000 Heft 27 S. 1925), nur eine Ergänzung der bereits im Jahre 1996 in Kraft getretenen Vereinbarung gem. § 6 Abs. 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung vom 06. September 1993 i. d. F. vom 11. Dezember 1995 war und es sich bei den in der Vereinbarung Nr. 2 aufgeführten Leistungen durchweg um typische fachärztliche Leistungen handelte.

Zum anderen ist hier des Weiteren noch zu berücksichtigen, dass der Kläger

durchgehend in den Quartalen 1/01 bis 4/02 diese Leistung nach GNR 741 EBM in nur sehr geringfügigem Umfang im Verhältnis zu den von ihm im übrigen erbrachten Leistungen erbracht hat, nämlich im Einzelnen:

-Tabellen können nicht ordnungsgemäß dargestellt werden- Anz. Punkte für Leistungen nach GNR 741 Gesamtzahl der im Quartal angeforderten Punkten (ohne DM- bzw. Fix-Festbeträge Anteil an Gesamt-punktzahl in %

Quartal 1/01	15	21.000	1.443.955	1,45%
Quartal 2/01	5	7.000	1.168.700	0,59%
Quartal 3/01	14	19.600	1.190.638	1,64 %
Quartal 4/01	18	25.200	1.330.170	1,89%
Quartal 1/02	16	22.400	1.309.605	1,71%
Quartal 2/02	15	21.000	1.255.095	1,67%
Quartal 3/02	12	16.800	1.313.790	1,28%
Quartal 4/02	11	15.400	1.449.020	1,06%

Damit aber stellt sich im konkreten Fall des Klägers der mögliche Eingriff in die Berufsausübung durch den Wegfall der Abrechenbarkeit der GNR 741 EBM für den Kläger als so minimal dar, dass hier dieser Eingriff auf jeden Fall als zumutbar angesehen werden kann.

IV.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a SGG](#) i. V. m. Â§ 154 Abs. 2 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Erstellt am: 12.11.2004

Zuletzt verändert am: 21.12.2024