

L 7 KA 41/21

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7.
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 87 KA 252/20
Datum
10.11.2021
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 41/21
Datum
04.12.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein hausärztlich tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung hat einen Anspruch auf Neubescheidung seines Antrages auf befristete zusätzliche Zulassung zur Erbringung einzelner benannter fachärztlicher Gebührenordnungspositionen gemäß [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#), wenn der Berufungsausschuss in der fehlerhaften Annahme, dass eine gleichzeitige Erbringung haus- und fachärztlicher Leistungen generell nicht möglich sei, keinerlei Bedarfsprüfung vornimmt.

Das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 10. November 2021 wird geändert. Der Beschluss des Beklagten vom 30. September 2020 (Bescheid vom 20. November 2020) wird aufgehoben. Der Beklagte wird verurteilt, über den Antrag des Klägers auf Zulassung zur zusätzlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung in Form der Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Duplex-Sonographie nach den EBM-Nummern 33070, 33071, 33072, 33073 und 33075 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Die Kosten des Verfahrens tragen der Beklagte zu drei Vierteln und der Kläger zu einem Viertel; die Beigeladenen tragen ihre außergerichtlichen Kosten selbst.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Der Kläger begehrt von dem Beklagten zuletzt nur noch die Zulassung zur Erbringung und Abrechnung der Gebührenordnungspositionen (GOP) 33070, 33071, 33072, 33073 und 33075 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Ärzte (EBM-Ä, sonographische Untersuchungen von Gefäßen mittels Duplexverfahren).

Der im Jahr geborene Kläger ist Facharzt für Innere Medizin und berechtigt, die Schwerpunktbezeichnungen Angiologie und Kardiologie

sowie die Zusatzbezeichnung Phlebologie zu führen.

Bis zum Juli 2014 war der Kläger in einem Krankenhaus beschäftigt und nahm im Rahmen einer Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Diese berechnete ihn, in Problemfällen auf Überweisung die GOP des EBM-Ä 01321, 01600, 02100, 02312, 02313, 13300, 13310, 30500 sowie 40120 zu erbringen und abzurechnen.

Im September 2014 beantragte der Kläger beim Zulassungsausschuss, ihn im Wege des qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs als Facharzt für Innere Medizin in einem für fachärztliche Internisten wegen Überversorgung gesperrten Planungsbereich zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zuzulassen, hilfsweise ihn zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für Leistungen nach den GOP 01321, 01600, 02100, 02312, 02313, 13300, 13301, 13310, 13311, 30500 und 40120 EBM-Ä zu ermächtigen. Dies lehnte der Zulassungsausschuss mit Beschluss vom 2. März 2015 (Ausfertigungsdatum 30. Juli 2015) ab. Den hiergegen eingelegten Widerspruch wies der Beklagte mit Beschluss vom 6. Januar 2016 zurück (nachfolgend S 79 KA 933/16).

Nachdem der Kläger ab dem Jahr 2015 in verschiedenen MVZ als angestellter Arzt an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen hatte, ist er nun seit dem 1. März 2017 mit einem vollen Versorgungsauftrag zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk im hausärztlichen Bereich zugelassen. Hierfür hat der Kläger gegenüber dem Zulassungsausschuss bei seiner Wahlentscheidung (Zulassung zur hausärztlichen Versorgung) zusätzlich auf der Grundlage von [§ 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) erklärt, dass er von seinem Recht, eine Schwerpunktbezeichnung zu führen, keinen Gebrauch mache.

Mit Urteil vom 5. Dezember 2018 wurde der Beklagte im Verfahren S 79 KA 933/16 unter Aufhebung des Beschlusses vom 6. Januar 2016 aufgrund nicht ausreichender Ermittlungen zur Bedarfslage bei internistisch-angiologischen Leistungen verpflichtet, über den Widerspruch des Klägers gegen den Beschluss vom 2. März 2015 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. In der Begründung führte das Sozialgericht Berlin unter anderem aus, dass die vom Kläger im Klageverfahren begehrte Sonderbedarfszulassung als Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie, beschränkt auf angiologische Leistungen, mit der Maßgabe erteilt werden könne, dass der Kläger auf seinen bestehenden Vertragsarztsitz als Hausarzt verzichte. Hierzu habe sich der Kläger im Klageverfahren bereit erklärt.

In dem daraufhin weitergeführten Verfahren bat der Beklagte den Kläger um Prüfung, ob er bei einem Wechsel von dem haus- in den fachärztlichen Versorgungsbereich mit einer Beschränkung der Leistungserbringung auf rein angiologische Leistungen einverstanden wäre. Daraufhin teilte der Kläger mit E-Mail vom 12. Juni 2019 mit, dass es für ihn als Kompromiss denkbar wäre, bei seiner Zulassung als Allgemein-Internist zu bleiben, wenn er die Möglichkeit bekäme, die GOP 33070, 33071, 33072, 33073 und 33075 abzurechnen.

In der Folge erwog der Beklagte die Erteilung einer „Ermächtigung“ zur Erbringung der GOP 33070, 33071, 33072, 33073 sowie 33075 (sonographische Untersuchungen von Gefäßen mittels Duplexverfahren) und ermittelte zur Bedarfslage durch Anforderung von Anzahlstatistiken bezüglich der vom Kläger begehrten GOP. Die Beratende Ärztin der Beigeladenen zu 1) teilte dem Beklagten mit, dass erhebliche Bedenken gegen die erwogene Ermächtigung bestünden und empfahl die Abklärung durch die zuständigen „Hausjuristen“. Mit E-Mail vom 2. August 2019 teilte die Beigeladene zu 1) mit, dass ihrerseits aufgrund der Trennung von haus- und fachärztlichem Versorgungsbereich erhebliche Zweifel bestünden, ob sich eine fachärztliche „Ermächtigung“ mit einer hausärztlichen Zulassung vertragen würde.

Nachdem der Kläger in der mündlichen Verhandlung vor dem Berufungsausschuss am 30. September 2020 mitgeteilt hatte, dass ihm nunmehr nach mehrjähriger Tätigkeit als Hausarzt eine Umwandlung seines hausärztlichen Vertragsarztsitzes in einen rein fachärztlichen Sitz nicht mehr zumutbar sei und er mit einer Beschränkung einer fachärztlichen Zulassung auf nur angiologische Leistungen nicht einverstanden sei, lehnte der Beklagte mit Beschluss vom 30. September 2020 (schriftliche Ausfertigung vom 20. November 2020) den Antrag des Klägers auf Erteilung eines Versorgungsauftrages im Wege des Sonderbedarfs als Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie sowie die von ihm begehrte Ermächtigung ab. Zur Begründung führte der Beklagte aus, dass der Gewährung einer Sonderbedarfszulassung oder einem hierauf gestützten Wechsel des Versorgungsbereiches entgegenstehe, dass der Kläger bereits über einen Versorgungsauftrag als Hausarzt verfüge und nicht bereit sei, auf diesen im Falle der Genehmigung des Wechsels zu verzichten. Ein Vertragsarzt dürfe nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 28. September 2016, [B 6 KA 1/16 R](#)) nicht über mehr als einen Versorgungsauftrag verfügen. Dem Kläger sei es nur durch einen Wechsel des Versorgungsbereiches möglich, die Genehmigung für die Abrechnung der von ihm bezeichneten Gebührenordnungspositionen (GOP) zu erlangen, da es sich bei diesen um GOP des fachärztlichen Versorgungsbereiches handele.

Mit gesondertem Schreiben vom 30. September 2020, bei dem Beklagten eingegangen am 1. Oktober 2020, beantragte der Kläger, ihm eine auf zehn Jahre befristete Abrechnungsgenehmigung für die Ziffern 33070, 33071, 33072, 33073 und 33075 des EBM-Ä ohne Ausschluss der üblichen Hausarzt GOPs zu erteilen.

Am 21. Dezember 2020 hat der Kläger gegen den Bescheid des Beklagten vom 20. November 2020 Klage erhoben mit dem Begehren, ihm im Rahmen einer Ermächtigung die Abrechnung der Ziffern 33070, 33071, 33072, 33073 und 33075 ohne Ausschluss der üblichen Hausarzt-GOPs unmittelbar gerichtlich zuzuerkennen. Entgegen der Ansicht des Beklagten sei es nach dem Urteil des BSG vom 13. Februar 2019 ([B 6 KA 62/17 R](#), Rn. 21) durchaus möglich, unter Maßgabe der Regelung des [§ 73 Abs. 1a Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sowohl an der hausärztlichen, als auch an der fachärztlichen Versorgung teilzunehmen. Der Beklagte habe es durch die vollständige Nichtbeachtung des Urteils des Sozialgerichts Berlin vom 5. Dezember 2018 (S 79 KR 933/16) versäumt, zum Vorliegen eines Sonderbedarfs zu ermitteln und daher diese Argumentation nicht gesehen. Bezüglich der Feststellung des Bedarfes sei allein auf angiologische Leistungen abzustellen.

Der Kläger hat erstinstanzlich wörtlich beantragt,

den Beklagten zu verpflichten, ihm im Wege der Zulassung aufgrund qualifikationsbedingten Sonderbedarfs beziehungsweise ihm im Rahmen einer Ermächtigung, die Abrechnung der Ziffern 33070, 33071, 33072, 33073 und 33075 zu erteilen.

Der Beklagte ist dem entgegen getreten. Über den Antrag des Klägers vom 30. September 2020 sei nicht in der mündlichen Verhandlung vom 30. September 2020 entschieden worden, da dieser zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht vorgelegen habe. Überdies sei der Antrag unzulässig, da er nicht in der mündlichen Verhandlung gestellt worden sei. Er könne aber auch in der Sache keinen Erfolg haben, da es sich bei der nunmehr noch begehrten Abrechnungsgenehmigung um GOP handele, die den Fachärzten vorbehalten seien. Die Anwendung der Ausnahmeregelung des [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) komme nicht in Betracht, da es keinen weitergehenden Bedarf an allgemein internistischem Fachwissen gebe. Für das Begehren des Klägers auf Sonderbedarfszulassung im fachärztlichen Bereich sei Voraussetzung, dass er auf seine Zulassung als Hausarzt verzichte. Hierzu sei der Kläger jedoch nicht bereit.

Mit Urteil vom 10. November 2021 hat das Sozialgericht Berlin die Klage abgewiesen. Die zulässige Anfechtungs- und Verpflichtungsklage gegen den Beschluss des Beklagten vom 30. September 2020 sei unbegründet. Der Kläger habe keinen Anspruch auf eine Zulassung im Rahmen des qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs. Der Beklagte sei befugt gewesen, von einer weiteren Ermittlung des Vorliegens eines Sonderbedarfes abzusehen, da der Kläger es ausdrücklich ablehne, auf seinen hausärztlichen Versorgungsauftrag zu verzichten. Die von ihm begehrten Leistungen der GOP 33070-33075 EBM-Ä seien nicht durch Hausärzte abrechenbar. Die Trennung der Versorgungsbereiche in den hausärztlichen- und den fachärztlichen Versorgungsbereich sei in [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) umfassend und abschließend geregelt. Die Regelungen stünden auch mit Verfassungsrecht in Einklang. Die Zuordnung zu dem jeweiligen Leistungsbereich habe zur Folge, dass die den jeweiligen Arztgruppen angehörenden Ärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur Leistungen aus ihrem Versorgungsbereich abrechnen dürften. Die Regelung des [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) sei nicht einschlägig, da der Kläger auch diesbezüglich nicht auf seine Zulassung im hausärztlichen Bereich im Umfang eines vollen Versorgungsauftrag verzichte, um im fachärztlichen Versorgungsbereich tätig zu werden. Der Wechsel von der haus- zur fachärztlichen Versorgung sei zulassungsrechtlich einem Fachgebietswechsel gleichzusetzen. Die Entscheidung obliege als statusrechtliche Entscheidung dem Zulassungsausschuss bzw. dem Beklagten (Verweis auf Urteil des Senates vom 28.11.2018, [L 7 KA 30/16](#)). Da der Kläger es ablehne, auf seine Zulassung zu verzichten, habe der Beklagte nicht über das Vorliegen eines Sonderbedarfes entscheiden müssen. Der Kläger sei überdies als Facharzt mit Schwerpunktbezeichnung nicht von [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) erfasst. Als Internist mit Schwerpunktbezeichnung könne er nur dann als Hausarzt tätig sein, wenn er auf seine Schwerpunktbezeichnung verzichte und erkläre, von diesem Recht keinen Gebrauch zu machen. Würde der Kläger die Schwerpunktbezeichnung weiterführen, würde der Teilnahmestatus kraft Gesetzes entfallen. Hieraus ergebe sich, dass der Kläger nicht gleichzeitig haus- und fachärztlich tätig sein könne, wenn er nicht auf seine Tätigkeit als Hausarzt verzichte. Die Erteilung einer Ermächtigung nach [§ 95 Abs. 4 SGB V](#) komme nicht in Betracht, da der Kläger bereits zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sei.

Gegen das ihm am 16. November 2021 zugestellte Urteil hat der Kläger am 1. Dezember 2021 Berufung eingelegt.

Er ist der Ansicht, dass der Beklagte hinsichtlich der eingeforderten angiologischen Leistungen Ermittlungen zum Vorliegen eines qualifikationsbedingten Sonderbedarfs hätte vornehmen müssen, da die gleichzeitige Abrechnung haus- und fachärztlicher Leistungen nach [§ 73 SGB V](#) möglich sei. Bereits das Urteil des SG aus dem Jahr 2018 sei falsch gewesen, soweit es einen Verzicht des Klägers auf seinen hausärztlichen Versorgungsauftrag gefordert habe, denn die begehrte Ermächtigung beinhalte die Abrechnungsmöglichkeit von Ziffern außerhalb einer spezifischen kassenärztlichen Zulassung. Eine gleichzeitige hausärztliche Zulassung widerspreche dem nicht.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 10. November 2021 zu ändern, den Beschluss des Beklagten vom 30. September 2020 (Bescheid vom 20. November 2020) aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, über den Antrag des Klägers auf Zulassung zur zusätzlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung in Form der Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Duplex-Sonographie nach den EBM-Nummern 33070, 33071, 33072, 33073 und 33075 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die vom Kläger begehrten Leistungen seien für ihn nicht abrechenbar, da sie dem fachärztlichen Bereich zugeordnet seien, der Kläger jedoch zur hausärztlichen Versorgung zugelassen sei. Eine Bedarfsprüfung sei nicht vorzunehmen gewesen, da der Kläger die Zulassung im Rahmen des qualifikationsbezogenen Sonderbedarfs begehre für Leistungen, die allein von fachärztlich zugelassenen Ärzten abrechenbar seien. Aufgrund des bereits bestehenden Versorgungsauftrages komme eine Ermächtigung nicht in Betracht. Mit der Regelung des [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) sei eine temporäre Wechselmöglichkeit, nicht jedoch die gleichzeitige Erbringung von haus- und fachärztlichen Leistungen gemeint.

Die Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, der beigezogenen Gerichtakte S 79 KA 933/16 sowie der Verwaltungsakte des Beklagten Bezug genommen, der – soweit wesentlich – Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe

Der Senat konnte trotz Ausbleibens der Beigeladenen zu 2) bis 6) im Termin zur mündlichen Verhandlung verhandeln und entscheiden, weil diese von dem Termin ordnungsgemäß informiert waren und auf diese Möglichkeit in der Terminsmitteilung hingewiesen wurde ([§§ 153, 126, 110 Abs. 1 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz [SGG]).

Die gemäß [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) statthafte sowie nach [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 10. November 2021 ist zulässig und begründet. Zu Unrecht hat das Sozialgericht die Klage vollumfänglich abgewiesen.

Gegenstand des Verfahrens sind das erstinstanzliche Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 10. November 2021 sowie der Beschluss des beklagten Berufungsausschusses vom 30. September 2020 (Bescheid vom 20. November 2020), mit dem der Beklagte den Antrag des Klägers auf Zulassung zur Abrechnung der GOP 33070, 33071, 33072, 33073 und 33075 abgelehnt hat. Mit dem Widerspruch des Klägers gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses vom 2. März 2015 (schriftliche Ausfertigung vom 30. Juli 2015) ist die materiell-rechtliche Befugnis zur Regelung der Zulassungssache gemäß [§ 96 Abs. 4 SGB V](#) vollständig auf den Berufungsausschuss übergegangen (ständige Rechtsprechung BSG, Urteil vom 27. Januar 1993, 6 Rka 40/91, zitiert nach juris, Rn. 13 ff., insb. Rn. 20; zuletzt Urteil vom 19. Juli 2023, [B 6 KA 5/22 R](#), zitiert nach juris, Rn. 16 m.w.N.; Urteile des Senats vom 24. April 2024, [L 7 KA 4/22](#), zitiert nach juris, Rn. 42 und vom 18. Mai 2022, [L 7 KA 12/20](#), zitiert nach juris, Rn. 49). Das gilt auch in dem Fall, in dem – wie hier – ein (erster) Beschluss des Berufungsausschusses auf Klage hin durch das Gericht rechtskräftig aufgehoben wurde. Mit einer gerichtlichen Aufhebung des Beschlusses des Berufungsausschusses lebt die Entscheidung des Zulassungsausschusses nicht mehr auf (BSG, Urteil vom 17. Oktober 2012, [B 6 KA 49/11 R](#), zitiert nach juris, Rn. 18). Demgemäß ist dann, wenn eine Neubescheidung erforderlich ist, allein der Berufungsausschuss und nicht der Zulassungsausschuss zu entsprechend wiederholter Regelung i.S. des [§ 31 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) zu verpflichten. Der Bescheid des Berufungsausschusses bildet den alleinigen Gegenstand jeder weiteren – gerichtlichen, bei aufhebendem Gerichtsurteil jedoch auch erneuten verwaltungsmäßigen – Beurteilung der Sache (BSG, Urteil vom 27. Januar 1993, Rka 40/91, zitiert nach juris, dort Rn. 18 ff.). Der Beklagte hat mit dem Bescheid vom 20. November 2020 auch über den verbliebenen Antrag des Klägers, ihn im Rahmen der hausärztlichen Versorgung zur Erbringung und Abrechnung der GOP 33070 bis 33073 und 33075 zuzulassen, entschieden, denn diesen Antrag hatte der Kläger bereits am 12. Juni 2019 gestellt.

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage in Form der Neubescheidungsklage gemäß [§§ 54 Abs. 1, 131 Abs. 3 SGG](#) statthaft (vgl. Bayerisches LSG, Beschluss vom 21. Oktober 2024, [L 12 KA 16/23](#), zitiert nach juris, Rn. 86; LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 6. November 2019, [L 3 KA 19/18](#), zitiert nach juris, Rn. 20) und auch im Übrigen zulässig.

Die Klage ist auch im Sinne eines Anspruchs auf Neubescheidung begründet. Der Beschluss des Beklagten vom 30. September 2020 (schriftliche Ausfertigung vom 20. November 2020) ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten. Der Kläger hat einen Anspruch auf Neubescheidung seines Antrages auf Zulassung zur zusätzlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung in Form der Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Duplex-Sonographie nach den EBM-Nummern 33070, 33071, 33072, 33073 und 33075.

Anspruchsgrundlage für das bereits mit E-Mail vom 12. Juni 2019 beschränkte klägerische Begehren auf die Erteilung einer zusätzlichen Zulassung zur Abrechnung der GOP 33070 bis 33073 und 33075 neben der Zulassung zur hausärztlichen Versorgung ist [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#).

Nach dieser Vorschrift kann der Zulassungsausschuss für an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Kinder- und Jugendärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine von § 73 Abs. 1a Satz 1 (Zuordnung zur hausärztlichen Versorgung) abweichende befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist.

Die Norm regelt eine Durchbrechung der gemäß [§ 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) bestehenden Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die Trennung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung setzt sich in der Regelung zur Honorarverteilung gemäß [§ 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) fort und bildet zugleich die Grundlage für die Gliederung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes. Vor diesem Hintergrund kann ein Arzt in der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich entweder nur in der hausärztlichen oder nur in der fachärztlichen Versorgung tätig sein (vgl. BSG, Urteil vom 13. Februar 2019, [B 6 KA 62/17 R](#), zitiert nach juris, Rn. 20 f., 23). [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) regelt umfassend und abschließend die Zuordnung eines Arztes zur haus- oder fachärztlichen Versorgung. Dabei können Fachärzte für Innere Medizin gemäß § 73 Abs. 1a Nr. 3 SGB V wählen, welchem Versorgungsbereich sie zugeordnet werden wollen. An ihre Wahlerklärung sind sie grundsätzlich gebunden. Die Zuordnung zu den verschiedenen Versorgungsbereichen hat zur Folge, dass die den jeweiligen Arztgruppen angehörenden Ärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich nur Leistungen aus dem ihnen zugehörigen Versorgungsbereich abrechnen dürfen (BSG, a.a.O., Rn. 22). Eine gleichzeitige Teilnahme an der haus- und an der fachärztlichen Versorgung ist grundsätzlich nicht möglich (BSG, Urteil vom 18. Juni 1997, 6 Rka 58/96, zitiert nach juris, Rn. 17). Die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich ist sowohl vom Bundessozialgericht als auch vom Bundesverfassungsgericht als verfassungsgemäß beurteilt worden (BSG, Urteil vom 18. Juni 1997, 6 Rka 58/96, zitiert nach juris, Rn. 17 ff.; BVerfG, Beschluss vom 17. Juni 1999, [1 BvR 2507/97](#), zitiert nach juris, Rn. 21 ff.). Die Gründe, die die Begrenzung der beruflichen Tätigkeit durch Zuordnung zu bestimmten Versorgungsbereichen rechtfertigen, ergeben sich aus den Zielen, die Funktion des Hausarztes zu stärken, der ständigen Zunahme spezieller fachärztlicher Leistungen entgegenzuwirken, dadurch ökonomische Fehlentwicklungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zu beseitigen und so die Qualität der Versorgung der Patienten sowie die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern (BSG, Urteil vom 31. Mai 2006, [B 6 KA 74/04 R](#), zitiert nach juris, Rn. 11; Urteil vom 13. Februar 2019, [B 6 KA 62/17 R](#), zitiert nach juris, Rn. 21).

Jedoch ermöglicht [§ 73a Abs. 1a SGB V](#) auch Durchbrechungen des Grundsatzes der strikten Trennung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung. So können Kinderärzte mit Schwerpunktbezeichnung gemäß [§ 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V](#) kraft Gesetzes kumulativ auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Demgegenüber kann der Zulassungs- bzw. der Berufungsausschuss gemäß [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) für Kinder- und Jugendärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung eine von Satz 1 (Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung) abweichende befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist.

Der Anwendungsbereich des [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) ist vorliegend eröffnet. Entgegen der Auffassung des Beklagten verlangt [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) nicht, dass der Kläger seine Tätigkeit im Rahmen der hausärztlichen Versorgung befristet aufgibt, um nur an der fachärztlichen Versorgung teilzunehmen. Vielmehr ermöglicht [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) gerade die zeitlich befristete zusätzliche Erbringung fachärztlicher Leistungen neben den Leistungen der hausärztlichen Versorgung. Die Regelung wurde durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV Gesundheitsreform 2000) eingeführt. In der Gesetzesbegründung hat der Gesetzgeber insoweit ausgeführt ([BT-Drs. 14/1245, S. 69](#)): „Den Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, kann der Zulassungsausschuss – wie grundsätzlich bereits nach geltendem Recht – die Möglichkeit einräumen, zeitlich befristet, solange ein entsprechender Bedarf vorliegt, zusätzlich an der fachärztlichen Versorgung teilzunehmen.“ Im Anwendungsbereich der Regelung des [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) bedarf es mithin gerade keines Verzichts des hausärztlich tätigen Internisten auf die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung für die zusätzliche Erbringung fachärztlich internistischer Leistungen. Die Norm ermöglicht mithin ausnahmsweise den Kinder- und Jugendärzten und den Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung die zusätzliche Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung. Als enge Ausnahmeregelung ist [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) jedoch nicht auf andere als die benannten Ärzte anzuwenden (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2007, [B 6 KA 24/06 R](#), zitiert nach juris, dort Rn. 18).

Entgegen der Ansicht des Sozialgerichts Berlin unterfällt der Kläger auch dem persönlichen Anwendungsbereich dieser Regelung. Der Kläger hat als Facharzt für Innere Medizin mit den Schwerpunktbezeichnungen Angiologie und Kardiologie auf das Führen der Schwerpunktbezeichnungen verzichtet, um so als Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung mittels Wahlerklärung gemäß [§ 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) an der hausärztlichen Versorgung teilzunehmen, nachdem im Bereich der fachärztlichen internistischen Versorgung im Planungsbereich Berlin wegen Überversorgung gemäß [§§ 101, 103 SGB V](#) Zulassungsbeschränkungen gelten. Aufgrund seiner entsprechenden Erklärungen gilt er im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als Internist ohne Schwerpunktbezeichnung. Es ist nicht erkennbar, dass der Kläger entgegen seiner Verzichtserklärung seine Schwerpunktbezeichnung weiterführt. Dies würde zu einem Wegfall seines Status als Teilnehmer an der hausärztlichen Versorgung kraft Gesetzes führen, da sodann die entsprechende

Wahlentscheidungs voraussetzung weggefallen wäre (Rademacker, in Hauck/Noftz, SGB V, § 73, Rn. 11).

Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 10. Dezember 2014, [B 6 KA 49/13 R](#), zitiert nach juris, dort Rn. 22 ff.) setzt die Anwendung des [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) des Weiteren voraus, dass es dem zur hausärztlichen Versorgung zugelassenen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung um die Erbringung fachärztlicher Leistungen geht. Dies ist vorliegend der Fall.

Die vom Kläger benannten GOP

- 33070 Duplex-Sonographie der extrakraniellen Gefäße
- 33071 Duplex-Sonographie der intrakraniellen Gefäße
- 33072 Duplex-Sonographie der extremitätenver- und/oder entsorgenden Gefäße
- 33073 Duplex-Sonographie abdomineller, retroperitonealer, mediastinaler Gefäße
- 33075 Zuschlag Farbduplex

gehören zur fachärztlichen Versorgung. Zwar befinden sich die benannten GOP im Kapitel IV „Arztgruppenübergreifende spezielle Gebührenordnungspositionen“ des EBM-Ä. Sie dürfen jedoch nicht von Ärzten des hausärztlichen Versorgungsbereiches abgerechnet werden. Dies ergibt sich aus der Präambel (3.1) des Kapitels III. Arztgruppenspezifische Gebührenordnungspositionen/ IIIa Hausärztlicher Versorgungsbereich/Punkt 3 Hausärztlicher Versorgungsbereich. Hiernach können die in diesem Kapitel aufgeführten Gebührenordnungspositionen - unbeschadet der Regelung gemäß 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - ausschließlich von Fachärzten für Allgemeinmedizin, Fachärzten für Innere und Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzten, Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, Fachärzten für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) erklärt haben, berechnet werden. Der Kläger nimmt als Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung an der hausärztlichen Versorgung teil. Nach Punkt 5 der Präambel (3.1) sind für die Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, außer den im Kapitel IIIa genannten Gebührenordnungspositionen bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen einzelne enumerativ aufgezählte Gebührenordnungspositionen berechnungsfähig. Aus der Ultraschalldiagnostik des Punktes 33 Kapitel IV EBM-Ä werden nur die Nummern 33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33046, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092, 33105 aufgeführt und damit nicht die hier streitigen GOP 33070 bis 33073 und 33075.

Auch die weitere Voraussetzung des [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) ist erfüllt. Der Beklagte darf eine Regelung nach [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) nur treffen, wenn diese sich auf Leistungen bezieht, von deren Erbringung und Abrechnung der Kläger nicht in Ermangelung der formalen Qualifikation ausgeschlossen ist (vgl. BSG, Urteil vom 10. Dezember 2014, [a.a.O.](#), Rn. 22). Die Abrechnung der GOP 33070 bis 33073 und 33075 setzt nach Punkt 33.1 EBM-Ä keine weitere formale Qualifikation außer einer Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Ultraschall-Vereinbarung gemäß [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) voraus. Über die Erteilung einer solchen wird die Beigeladene zu 1) nach der Prüfung des Beklagten, ob eine Zulassung zu erteilen ist, zu entscheiden haben. Die Erbringung der Leistungen nach den GOP 33070 bis 33073 und 33075 durch den Kläger ist auch nicht aus anderen Gründen (rechtlich) ausgeschlossen. Die vom Kläger begehrten Leistungen nach dem Kapitel 33 EBM-Ä setzen keine weiteren Qualifikationen voraus. Insbesondere verlangen die Leistungen nicht, dass der erbringende Facharzt ein Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Angiologie und/oder Kardiologie ist. Eine solche Voraussetzung würde der Kläger aufgrund seines Verzichts auf das Führen der Schwerpunktbezeichnung nicht erfüllen. Auch sonst steht der Verzicht auf die Führung der Schwerpunktbezeichnung der Abrechnung der Leistungen nicht entgegen.

Schließlich ist Voraussetzung für die begehrte Zulassung gemäß [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#), dass ohne diese eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Die Ausnahmeregelung darf nur soweit (Umfang) und nur solange (Befristung) zur Anwendung kommen, wie eine bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten ansonsten nicht gewährleistet ist. Zwar ist dem Beklagten insoweit zuzugeben, dass Anhaltspunkt hierfür zunächst die nicht nur vorübergehende Unterschreitung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades bei den fachärztlichen Internisten sein kann (im Hinblick auf die fachärztlich tätigen Kinder- und Jugendärzte vgl. BSG, Urteil vom 10. Dezember 2014, [B 6 KA 49/13 R](#), zitiert nach juris, Rn. 35; Matthäus, in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, § 73, Rn. 101). Insoweit dürfte der Beklagte zu Recht von einer Bedarfsprüfung abgesehen haben, da aufgrund des in dem Planungsbereich Berlin bestehenden Versorgungsgrades mit fachärztlich tätigen Internisten von 169,2 (Stand 30.6.2024) generell nicht von einer Unterversorgung auszugehen ist. Jedoch hat der Kläger nicht die kumulative Zulassung zur fachärztlichen Versorgung der Internisten beantragt, sondern allein die Zulassung zur Erbringung bestimmter fachärztlicher GOP. Dies lässt die Regelung des [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) zu. Denn auch unterhalb der Schwelle der Arztgruppe der fachärztlich tätigen Internisten kann eine fehlende Bedarfsdeckung für einzelne Leistungen oder Leistungsbereiche in Betracht kommen, die von den zugelassenen fachärztlichen Internisten nicht abgedeckt sind (Matthäus, a.a.O., Rn. 101).

Eine Bedarfsermittlung zu den GOP 33070 bis 33073 und 33075 hat der Beklagte aufgrund seiner fehlerhaften Annahme, dass die kumulative partielle und befristete Zulassung zur Erbringung einzelner fachärztlicher GOP neben einem hausärztlichen Versorgungsauftrag nicht möglich ist, nicht vorgenommen. Dies wird er nachzuholen haben. Eine Ersetzung der nicht erfolgten Beurteilung durch das Gericht kommt aufgrund des dem Beklagten insoweit zustehenden Beurteilungsspielraumes nicht in Betracht. Ausschlaggebend dafür ist der Umstand, dass es sich bei den Zulassungs- und Berufungsausschüssen um sachverständige, gruppenplural zusammengesetzte Gremien handelt, die bei der Entscheidung über das Vorliegen eines besonderen Versorgungsbedarfs eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren zu berücksichtigen und gegeneinander abzuwägen haben (vgl. zur Sonderbedarfszulassung BSG, Urteil vom 13. August 2014, [B 6 KA 33/13 R](#),

zitiert nach juris, Rn. 17 bis 19, Urteil vom 17. März 2021, [B 6 KA 2/20 R](#), zitiert nach juris, Rn. 20; Urteile des Senats vom 13. November 2019, [L 7 KA 31/17](#), zitiert nach juris, Rn. 34/35 und vom 18. Mai 2022, [L 7 KA 12/20](#), zitiert nach juris, Rn. 61) Der Beurteilungsspielraum erstreckt sich zum einen auf die Bewertung, Gewichtung und Abwägung der ermittelten Tatsachen, zum anderen - und vor allem - auf die schlussfolgernde Bewertung, ob und inwieweit der Versorgungsbedarf bereits durch das Leistungsangebot der zugelassenen Ärzte gedeckt ist oder ob noch ein Versorgungsbedarf besteht. Soweit die Zulassungsgremien dem Umfang der Leistungserbringung durch die bereits zugelassenen Ärzte oder ihrer Kapazität entscheidende Bedeutung beimessen, muss ihr Beurteilungsergebnis auf ausreichend fundierte Ermittlungen gegründet sein.

Vor diesem Hintergrund steht dem Kläger (lediglich) ein Anspruch auf Neubewertung seines Antrages auf Zulassung zur fachärztlichen Versorgung zur Erbringung der GOP 33070 bis 33073 und 33075 zu.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#), [162 Abs. 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Sie berücksichtigt, dass das Begehren des Klägers im Klage- und Berufungsverfahren zunächst auf die Verpflichtung des Beklagten zur Erteilung einer Zulassung und nicht nur auf Neubewertung gerichtet war.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht, [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Saved

2025-03-25