

L 1 KA 38/03

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

1
1. Instanz
SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen
S 15 KA 950/01
Datum
20.10.2003

2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen

L 1 KA 38/03
Datum
26.01.2005

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dresden vom 20.10.2003 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin hat der Beklagten auch die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Befugnis zur Erbringung und Abrechnung neuroelektrodiagnostischer Leistungen nach den Nrn. 805, 809, 811 und 812 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) für Fachärzte für Allgemeinmedizin ab dem 01.10.2000.

Die Klägerin ist seit 1993 als Fachärztin für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Mit ihrem Ehemann, der als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt, besteht eine Praxisgemeinschaft.

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.06.2000 gemäß [§ 85 Abs. 4a](#) und [§ 87 Abs. 2a Satz 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.d.F. des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-GesundheitsreformG 2000) vom 22.12.1999 ([BGBl. I. S. 2626](#)) erfolgten mit Wirkung ab 01.10.2000 die Festlegungen zur Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Hierbei wurde bestimmt, dass die Leistungen nach den Nrn. 802, 805, 806, 809, und 810 bis 815 EBM-Ä im hausärztlichen Versorgungsbereich nur von Kinderärzten berechnungsfähig sind (Deutsches Ärzteblatt - DA - Jg. 1997, Heft 27 vom 07.07.2000, A 1920).

Auf die Anfrage der Klägerin vom 12.09.2000, ob sie entsprechend ihrem Praxisprofil und ihrer Ausbildung weiterhin berechtigt sei, EMG, NLG, AEHP und VEP zu erbringen oder eine Antragstellung notwendig sei, teilte ihr die Beklagte mit Schreiben vom 20.09.2000 mit, eine weitere Leistungserbringung sei nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses ausgeschlossen. Ausnahmeregelungen seien nicht vorgesehen.

Mit Schreiben vom 25.09.2000 beantragte die Klägerin, neuroelektrodiagnostische Untersuchungsverfahren weiterhin erbringen zu können. Ihr Ehemann habe aufgrund umfangreicher neurologisch-psychiatrischer Leistungen kaum noch Zeit, EMGs selbständig ableiten zu können. Sie habe in den vergangenen Jahren einen großen Teil der Leistungserbringung übernommen und für einen großen Teil der Kollegen die Untersuchungsmethodik abgesichert. Pro Quartal seien etwa 150 Leistungen erbracht worden. Nach 8-jähriger Behandlungszeit müsse ihr Bestandsschutz gewährt werden.

Mit Bescheid vom 29.11.2000 verbot die Beklagte der Klägerin, über den 01.10.2000 hinaus, Leistungen nach den Nrn. 805, 809, 811 und 812 EBM-Ä zu Lasten der Beklagten zu erbringen. Ab 01.10.2000 könnten diese Leistungen im hausärztlichen Bereich nur noch durch Kinderärzte erbracht werden. Eine Weiterüberweisung der Patienten, welche ursprünglich an einen Nervenarzt überwiesen worden seien, sei unwirtschaftlich und widerspreche der Trennung von Hausarzt und Facharzt. Falls durch die niedergelassenen Nervenärzte die Leistungen aus Kapazitätsgründen nicht erbracht werden könnten, bestehe die Möglichkeit, an die ermächtigten Ärzte am Krankenhaus D ... zu überweisen.

Mit dem Widerspruch vom 20.12.2000 hat sich die Klägerin weiterhin auf Bestandsschutz berufen. Der Ausschluss der Leistungserbringung bedeute einen Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit, der weder geeignet, erforderlich noch verhältnismäßig sei. Sie habe die Leistungen über einen Zeitraum von acht Jahren bestandsschutzfrei erbracht. Damit sei ersichtlich, dass weder eine unwirtschaftliche Behandlung noch

die Trennung von haus-ärztlicher und fachärztlichen Versorgung beeinträchtigt sei. Mit dem Verweis auf eine Leistungserbringung durch ermächtigte Ärzte werde gegen den Vorrang der Leistungserbringung durch niedergelassene Ärzte verstoßen. Auch habe die Klägerin zur Leistungserbringung Investitionen erbracht. Der Ausschluss der Leistungserbringung verstoße gegen den Vertrauensschutzgrundsatz. Sie habe auf den Fortbestand der Leistungserbringung vertrauen dürfen, so dass zumindest eine Ausnahmeregelung bestehen müsse.

Im Vermerk der Beklagten vom 30.04.2001 ist ausgeführt, nach umfangreicher Prüfung der Abrechnungen sei festzustellen, dass die an die Klägerin gerichteten Überweisungen ursprünglich für ihren in der Praxisgemeinschaft tätigen Ehemann bestimmt gewesen seien. Diese seien von ihm aus Kapazitätsgründen an die Klägerin weiter überwiesen worden.

Den Widerspruch hat die Beklagte unter Bezugnahme auf die Regelungen im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.06.2000, der keine Möglichkeit von Ausnahme-genehmigungen vorsehe, mit Widerspruchsbescheid vom 12.09.2001 zurückgewiesen.

Hiergegen hat sich die am 09.10.2001 beim Sozialgericht erhobene Klage gerichtet. Mit dem Beschluss vom 20.06.2000 sei der Bewertungsausschuss dem gesetzlichen Auftrag in [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) nachgekommen, die abrechenbaren ärztlichen Leistungen in die Kategorien "hausärztliche Leistungen" und "fachärztliche Leistungen" zu gliedern. Der Gesetzgeber habe dabei ausdrücklich geregelt, dass diese Gliederung unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen erfolgen solle. Der Gesetzgeber habe mithin Ausnahmeregelungen von der Gliederung entsprechend [§ 73 Abs. 1 SGB V](#) vorgesehen, wobei er selbst keine Kriterien festgelegt habe.

Der Bewertungsausschuss habe von der Möglichkeit zum Erlass von Ausnahmeregelungen auch in zwei Fällen Gebrauch gemacht. Dies betreffe die Regelung, wonach auch die hier streitigen Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich von den Kinderärzten berechnungsfähig seien. Darüber hinaus sei für einige ausgewählte Leistungen unter Bezugnahme auf die Anlage zum Vertrag über die hausärztliche Versorgung eine Übergangsregelung getroffen worden. Die gesetzliche Regelung in [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) hätte es dem Bewertungsausschuss auch erlaubt, betreffend der hier streitigen Leistungen Ausnahmeregelungen zu treffen, um mit Blick auf den Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit den betroffenen Ärzten Vertrauensschutz zu gewährleisten sowie den Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte zur Versorgung der Versicherten zu sichern.

Bei der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags in [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) habe der Bewertungsausschuss zudem die gesetzliche Vorgabe nach [§ 116 SGB V](#) zu beachten gehabt. Danach komme die vertragsärztliche Versorgung vorrangig den niedergelassenen Vertragsärzten zu. Die Klägerin habe die fraglichen Leistungen in erheblichem Umfang erbracht. Bei einem Ausschluss ihrer Leistungserbringung sei eine Verlagerung auf die ermächtigten Ärzte und Einrichtungen zu erwarten. Zur Wahrung des mit [§ 116 SGB V](#) geregelten Vorrangs müsse daher eine Ausnahmeregelung erkannt werden.

Der mit dem Ausschluss der Leistungserbringung verbundene Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit sei auch weder geeignet, noch erforderlich, noch verhältnismäßig. Die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich diene nach den Angaben der Beklagten zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten. Hierbei fehle es schon an der Geeignetheit des Mittels. Die zu erwartende Verlagerung der Leistungserbringung auf die ermächtigten Ärzte und Einrichtungen führe zu keiner Änderung des Kostenaufwandes.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses verstoße zudem gegen den Grundsatz der Gleichbehandlung. Bezüglich einiger anderer Leistungen sei den betroffenen Ärzten gestattet, die in den Anlagen zu den §§ 6 und 9 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung vom 01.10.2000 aufgelisteten Leistungen des fachärztlichen Bereichs bis längstens 31.12.2002 auch im Rahmen der hausärztlichen Versorgung zu erbringen. Mit der Übergangsregelung sei es den Ärzten möglich, sich bei der Praxisführung auf die veränderte Rechtslage einzustellen. Eine solche Übergangsregelung sei auch für die bei der Klägerin betroffenen Leistungen geboten. Der Anteil der neuroelektrodiagnostischen Leistungen betrage etwa 12 % ihres abgerechneten Leistungsumfangs. Wegen der erheblichen Auswirkungen auf die Praxisführung müsse zumindest für eine Übergangszeit eine weitere Leistungserbringung gewährleistet werden.

Auf die vom Sozialgericht eingeholte Stellungnahme der Sächsischen Landesärztekammer vom 24.03.2003, in der ausgeführt ist, für die Gebiete der Allgemeinmedizin und der Kinder- und Jugendmedizin seien evozierte Hirnpotentiale, elektromyographische Untersuchungen und Bestimmungen der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit fachfremd, hat die Klägerin mitgeteilt, dies nie in Zweifel gezogen haben. Ihr müsse aber aus Bestandschutzgründen zugebilligt werden, zumindest für einen gewissen Zeitraum fachfremde Leistungen zu erbringen.

Mit Gerichtsbescheid vom 20.10.2003 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf eine Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 805, 809, 811 und 812 EBM-Ä. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, dem klägerischen Begehren stehe der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.06.2000 entgegen. Darin würden im Teil A die Vorgaben des [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) umgesetzt. Gemäß [§ 87 Abs. 2a Satz 4 SGB V](#) seien die im einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgeführten Leistungen entsprechend der in [§ 73 Abs. 1 SGB V](#) festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen, Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürften. Mit Wirkung zum 01.10.2000 seien die Leistungen des Abschnitts G I. nach den Nrn. 801 bis 812 nur von Vertragsärzten im fachärztlichen Versorgungsbereich berechnungsfähig mit der Ausnahme, dass die Nrn. 802, 805, 806, 809 und 810 bis 812 im hausärztlichen Versorgungsbereich auch von Kinderärzten berechnungsfähig seien. Die Klägerin erfülle diese Ausnahmevoraussetzung unstrittig nicht, da sie als Fachärztin für Allgemeinmedizin an der hausärztlichen Versorgung teilnehme.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.06.2000 verstoße insoweit auch nicht gegen höherrangiges Recht. Er habe seine Rechtsgrundlage in den [§§ 72 Abs. 2, 87 Abs. 1 und Abs. 2a SGB V](#). Im Rahmen dieser Ermächtigungsgrundlagen bestünden keine Bedenken gegen die grundsätzliche Berechtigung des Bewertungsausschusses, die Voraussetzungen für die Erbringung bestimmter Leistungen im fachärztlichen bzw. im hausärztlichen Bereich festzulegen und damit die Regelungen des EBM-Ä hinsichtlich der Abrechenbarkeit in ihm enthaltener Leistungen zu ergänzen ([BSGE 28, 73, 75; BSGE 58, 18, 21; BSGE 79, 240, 243; BSG SozR 3-2500 § 72 Nr. 8](#)).

Die getroffene Regelung halte sich innerhalb der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Es handele sich (auch) um eine Maßnahme der

Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung, indem die Berechtigung, bestimmte Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abzurechnen, auf spezialisierte Arztgruppen beschränkt werde. Sie stelle eine zulässige Berufsausübungsregelung im Sinne des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) dar. Die Regelung, wonach die Nrn. 801 bis 812 des Abschnitts G I. EBM-Ä nunmehr nur noch von Ärzten der fachärztlichen Versorgung erbracht werden dürften, greife nicht in den Zulassungsstatus der Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnähmen, ein. Ein verfassungsrechtlich relevanter Eingriff in den Status liege nach der Rechtsprechung des BSG nur dann vor, wenn Regelungen den Vertragsarzt von der Erbringung bzw. Abrechenbarkeit solcher Leistungen ausschließen würden, die für sein Fachgebiet wesentlich seien (BSGE 82, 85, 59; BSG [SozR 3-2500 § 72 Nr. 8](#)). Bei den streitigen Leistungen [Messung visuell, akustisch und/oder somatosensibel evozierter Hirnpotenziale oder magnetisch evozierter Potenziale; langzeitelektroenzephalographische Untersuchung, einschließlich Aufzeichnung und Auswertung, über mindestens 18 Stunden; elektromyographische (Nadel-elektroden) und ggf. elektroneurographische Untersuchungen eines Muskels und der versorgenden Nerven; elektromyographische (Nadelelektroden) und ggf. elektroneurographische Untersuchung von mehr als einem Muskel und den versorgenden Nerven; Bestimmung(en) der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit] handele es sich nicht um solche, die für das Fachgebiet des Hausarztes wesentlich oder prägend seien. Nach der Sächsischen Weiterbildungsordnung seien die fraglichen Leistungen vielmehr dem Fachgebiet der Neurologie (vgl. Anl. 1 Nr. 24 der Weiterbildungsordnung) zuzuordnen. Während bei statusrelevanten Berufsausübungsregelungen der Gesetzgeber verpflichtet sei, die für die Grundrechtsbeschränkung wesentlichen Entscheidungen selbst zu treffen, und die Schrankenbestimmung nicht anderen Stellen übertragen könne, sei er bei der hier vorliegenden, nicht statusrelevanten Regelung berechtigt, die maßgeblichen Entscheidungen der untergesetzlichen Normgebung - hier dem Bewertungsausschuss - zu überlassen.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses halte auch einer verfassungsrechtlichen Überprüfung stand. Dabei seien die Entscheidungen der Selbstverwaltungsgremien durch die Gerichte nur eingeschränkt überprüfbar. Es liege in der Besonderheit der untergesetzlichen Normen im Kassenzarrecht, dass diese vom Normgeber in bestimmten Zeitabständen zu überprüfen seien (vgl. [§ 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Ferner hätten die Gerichte davon auszugehen, dass die Vertragspartner bei der Vereinbarung ihrer Beschlüsse die unterschiedlichen Standpunkte und Interessen in Einklang gebracht hätten, und dass es deren Sache sei, unklare Tatbestände auszulegen oder zu ändern (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 1](#) S. 2). Den Gerichten sei es deshalb verwehrt, eine Bestimmung des Bewertungsausschusses als rechtswidrig zu beanstanden, weil sie von den eigenen Vorstellungen von der "Angemessenheit" der Regelung abweiche (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#) S. 214). Die Beschränkung der Abrechenbarkeit der streitigen neurologischen Leistungen auf Fachärzte bzw. Kinderärzte sei verhältnismäßig, geeignet und erforderlich. Der Bewertungsausschuss habe eine sachgerechte, willkürfreie Regelung getroffen. Mit dem GKV-GesundheitsreformG 2000 solle die Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen maßgeblich verbessert werden (vgl. [BT-Drs. 14/1245 S. 53](#)). Die Qualität ärztlicher Leistungen lasse sich dabei dadurch sichern, dass nur Angehörige spezialisierter Arztgruppen diese Leistungen abrechnen dürften. Der Beschluss des Bewertungsausschusses, die Abrechnungsmöglichkeit der Leistungen des Abschnitts G I. EBM-Ä auf die Fachärzte (und Kinderärzte) zu beschränken stelle sich als geeignete und erforderliche Maßnahme zur Qualitätssicherung bzw. -steigerung dar. Ferner solle durch die Unterteilung des EBM-Ä in Leistungen der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung der bisherige Anreiz für die abrechnenden Ärzte, eine möglichst große Zahl von Leistungen aus der Gesamtheit der im EBM-Ä enthaltenen Leistungen abzurechnen, beseitigt werden (vgl. [BT-Drs. 14/1245 S. 72](#)). Insbesondere sollten bestimmte Leistungen der hausärztlichen Versorgung auch nur von Hausärzten abgerechnet werden können. Im Gegenzug dazu sei es zulässig, die typischerweise von Fachärzten erbrachten Leistungen auf diese zu beschränken.

Die Auswirkungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses seien auch angemessen im Verhältnis zum angestrebten Ziel der Regelung. Insbesondere führten Vertrauensschutzgesichtspunkte nicht zu einer Unverhältnismäßigkeit der Maßnahme. Aus der Rechtsprechung der Leistungserbringungsbeschränkung auf den fachärztlichen bzw. hausärztlichen Bereich (vgl. [BSGE 80, 256](#); Bundesverfassungsgericht [BVerfG] [SozR 3-2500 § 73 Nr. 3 = NJW 1999, 2730](#)) ergebe sich der Grundsatz, dass ein Vertragsarzt von der Honorierung einzelner Leistungen nicht gänzlich ausgenommen werden dürfe, wenn es sich um Leistungen handele, die zum Kernbereich seines Fachgebietes gehörten bzw. für dieses wesentlich und prägend seien. Um einen solchen Sachverhalt gehe es hier jedoch nicht, weil die Klägerin als Fachärztin für Allgemeinmedizin an der hausärztlichen Versorgung teilnehme. Die Erbringung neurologischer Leistungen stelle mit einem Anteil zwischen 11,3 % und 12,3 % auch nicht den Schwerpunkt der Praxistätigkeit dar.

Schließlich sei auch eine Übergangsregelung nicht notwendig gewesen. Dies ergebe sich aus der grundsätzlichen Trennung von haus- und fachärztlicher Versorgung nach [§ 73 Abs. 1a SGB V](#). Deren Rechtmäßigkeit stehe nach den Entscheidungen des BSG und des BVerfG bereits seit September 1993 fest. Bereits zu diesem Zeitpunkt sei abzusehen gewesen, dass die weitere Erbringung fachärztlicher Leistungen durch eine hausärztliche Praxis nur noch für einen vorübergehenden Zeitraum möglich sei. Aufgrund der Regelung des § 6 Abs. 2 Satz 2 Hausarztvertrag sei zu erwarten gewesen, dass die Vertragsärzte über die zunächst ausgeschlossenen Leistungen hinaus im Hinblick auf weitere ärztliche Verrichtungen von der Vergütung in der hausärztlichen Versorgung ausgeschlossen werden würden.

Auf Vertrauensschutz könne sich die Klägerin nicht berufen. Im Urteil vom 26.06.2002 ([B 6 KA 6/01 R = SozR 3-2500 § 115b Nr. 3](#)) habe das BSG ausgeführt, dass ein Vertragsarzt in der vertragsärztlichen Versorgung nicht systematisch Leistungen außerhalb des Gebietes seines Zulassungsstatus durchführen dürfe, auch wenn er auf Grund seiner Weiter- und Fortbildung die berufliche Qualifikation für die Erbringung dieser Leistungen besitze. Bei vertragsärztlichen Vergütungstatbeständen komme es auf die Zulassung, d.h. auf den vertragsärztlichen Status an (zuletzt: BSG, Beschluss vom 24.09.2003 - [B 6 KA 57/03 B](#)). Die Klägerin nehme aufgrund ihrer Zulassung als Fachärztin für Allgemeinmedizin an der hausärztlichen Versorgung teil. Sie sei verpflichtet, den hausärztlichen Versorgungsbereich sicherzustellen. Der Facharzt sei nach § 24 Abs. 3 Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) vertragsärztlich auf die Leistungen seines Fachgebietes beschränkt, für das er zugelassen sei. Leistungen aus Fachgebieten, für die keine Zulassung bestehe, seien nur bei Vorliegen entsprechender Ausnahmeregelungen abrechenbar. Dies sei hier nicht (mehr) der Fall. Darüber hinaus könne der Zulassungsausschuss Allgemeinärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbrächten, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen ([§ 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V](#)). Sofern die Klägerin somit "im Wesentlichen" die neurologischen Leistungen der Nummern 801 ff. EBM-A erbringe sollte, was allerdings nach den vorliegenden Honorarabrechnungen nicht ersichtlich sei, könne sie beim Zulassungsausschuss die Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung beantragen.

Gegen den am 07.11.2003 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 08.12.2003 eingelegte Berufung der Klägerin. Ihr stehe Vertrauensschutz zu, die langjährig erbrachten Leistungen auch über den 01.10.2000 hinaus zu erbringen. Aus ihrer Zulassung als Fachärztin für Allgemeinmedizin ergäben sich keine Einschränkungen auf das Fachgebiet. Dies folge schon daraus, dass die

Ermächtigungsgrundlage in [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) zum Zeitpunkt ihrer Zulassung noch nicht bestanden habe. Auch habe die Beklagte weder den Erlass des GKV-GesundheitsreformG 2000 vom 22.12.1999 noch den in [§ 87 Abs. 2a Satz 4 SGB V](#) gesetzlich bestimmten Stichtag vom 31.03.2000 zum Anlass genommen, die von der Klägerin geübte Abrechnungspraxis zu beanstanden. Der Klägerin müsse daher unter zwei Gesichtspunkten Vertrauensschutz gewährt werden. Mit Blick auf die langjährige Abrechnungspraxis könne ihr nicht zugemutet werden, die getroffenen Vorkehrungen zur fachlichen, apparativen und organisatorischen Leistungserbringung ohne jede Übergangszeit einzustellen. Darüber hinaus habe die Beklagte durch die Abrechnung der Leistungen über den 31.03.2000 einen Vertrauenstatbestand dergestalt geschaffen, dass sie die Leistungen auch zukünftig erbringen könne. Dem stehe auch § 24 Abs. 3 Ärzte-ZV nicht entgegen. Auch insofern habe die Beklagte mit der Abrechnung einen Vertrauenstatbestand geschaffen.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dresden vom 20.10.2003 abzuändern und den Bescheid der Beklagten vom 29.11.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.09.2001 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, der Klägerin die Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 805, 809, 811 und 812 EBM-Ä zu genehmigen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Ein Vertrauensschutz könne keinesfalls so weit gehen, dass die Beklagte auch zukünftig gezwungen werden könne, eine rechtswidrige Leistungserbringung zu dulden.

Wegen der von der Beklagten vorgelegten Daten zum Umfang der Leistungen des Kapitels G I. EBM-Ä bei den Fachärzten für Allgemeinmedizin wird auf die Tabellen im Schriftsatz der Beklagten vom 17.01.2005 verwiesen.

Bezüglich der von der Klägerin in den Quartalen IV/00 bis III/02 abgerechneten Leistungen nach den Nrn. 805, 809, 811 und 812 EBM-Ä sind von der Beklagten sachlich-rechnerische Richtigstellungen erfolgt, die bestandskräftig geworden sind. Ab dem Quartal IV/02 hat die Klägerin diese Leistungen nicht mehr abgerechnet.

Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitstand wird auf die Gerichtsakten aus beiden Rechtszügen sowie die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten, deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, aber nicht begründet. Das Sozialgericht hat zu Recht entschieden, dass die Klägerin seit 01.10.2000 die Leistungen nach den Nrn. 805 ff. EBM-Ä nicht mehr erbringen und abrechnen darf.

In [§ 73 Abs. 1a SGB V](#), eingeführt durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) mit Wirkung ab 01.01.1993 (Art. 1 Nr. 33 Buchst. b, Art. 35 Abs. 1 GSG vom 21.12.1992 - [BGBl. I. S. 2266](#)) ist bestimmt, dass an der hausärztlichen Versorgung Ärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung teilnehmen (Satz 1). Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung wählen, ob sie an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen (Satz 2). Der Zulassungsausschuss kann eine von Satz 2 abweichende befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nach Feststellung des Landesausschusses nicht gewährleistet ist. An der fachärztlichen Versorgung nehmen die Ärzte mit Gebietsbezeichnung, mit Ausnahme der Ärzte für Allgemeinmedizin sowie derjenigen Internisten und Kinderärzte ohne Teilgebietsbezeichnung, die die Wahrnehmung hausärztlicher Versorgungsaufgaben gewählt haben, teil. Der Zulassungsausschuss kann Ärzten für Allgemeinmedizin und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen.

Zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung erfolgte die Einführung einer besonderen Honorierung der in [§ 73 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) beschriebenen spezifischen Versorgungsfunktionen im EBM-Ä ([§ 87 Abs. 2a Satz 3 SGB V](#): hausärztliche Grundvergütung). Darüber hinaus waren weitere, nur vom Hausarzt abrechenbare Leistungen festzulegen gewesen (Abs. 2 Satz 4 a.a.O.). Zudem hatten nach [§ 73 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich das Nähere, insbesondere über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung zu vereinbaren. Den letztgenannten Vorgaben sind die Vertragspartner des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) nachgekommen. Sie haben durch den Abschluss des Vertrages über die hausärztliche Versorgung (Hausarztvertrag) vom 06.09.1993 (DA 1993, C 1837) geregelt, welche speziellen Leistungen in der hausärztlichen Versorgung nicht abrechnungsfähig sind. Nach § 2 des Hausarztvertrages umfasst die hausärztliche Versorgung die allgemeinen hausärztlichen Versorgungsaufgaben der in ihr teilnehmenden Ärzte entsprechend ihrer durch die Weiterbildung bestimmten Kompetenz (Absatz 2) gemäß § 6 sowie besondere hausärztliche Versorgungsfunktionen nach Maßgabe des Vertrages (Absatz 3). Die allgemeinen Aufgaben der hausärztlichen Versorgung erstrecken sich danach auf die Gesundheitsvorsorge, die Krankheitsfrüherkennung und die Krankheitsbehandlung, die Rehabilitation sowie die integrative ärztliche Betreuung im Rahmen ergänzender medizinischer, sozialer und psychischer Hilfen für die Kranken sowie die Zusammenarbeit mit Fachärzten im Rahmen der fachärztlichen Versorgung und die Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern (Absatz 2).

Ergänzend bestimmt § 5 Hausarztvertrag, dass Vertragsärzte, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, daran im Rahmen ihres Fachgebietes und nach Maßgabe dieser Vereinbarung teilnehmen. Sie sind auch insoweit als Fachärzte an die berufs- und weiterbildungsrechtlichen Vorschriften gebunden. Sie erfüllen die besondere hausärztliche Versorgungsfunktion nach § 2 und können alle ärztlichen Leistungen ihres Fachgebietes (Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinderheilkunde) mit Ausnahme der in § 6 genannten Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung erbringen. Mit der Regelung in § 6 Abs. 1 Hausarztvertrag wurde bestimmt, dass in der hausärztlichen Versorgung diejenigen ärztlichen Leistungen nicht vergütet werden, für welche nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht eingehende Kenntnisse und Erfahrungen nicht in der Weiterbildung im Fachgebiet der Inneren Medizin oder Kinderheilkunde, sondern ausschließlich in der zusätzlichen Weiterbildung im Schwerpunkt oder in einer fakultativen Weiterbildung in diesen Fachgebieten erworben werden können. Leistungen im Fachgebiet der Inneren Medizin oder Kinderheilkunde, für welche eingehende Kenntnisse und

Erfahrungen vorrangig im Rahmen der Weiterbildung im Schwerpunkt oder einer fakultativen Weiterbildung oder zum Erwerb einer Fachkunde erworben werden können, können darüber hinaus insoweit ausgeschlossen werden, als sie den Rahmen der hausärztlichen Versorgung überschreiten. Gemäß § 6 Abs. 2 Hausarztvertrag war eine Liste der nicht abrechnungsfähigen Leistungen nach Absatz 1 zu erstellen. Diese Liste umfasste die Nrn. 614, 616-619, 621, 622, 625-642, 668, 686-687, 684, 700, 707, 715, 721, 722, 725, 726, 768-752, 760, 763, 764, 767, 769-775, 790-793 sowie die Leistungen des Abschnitts O III. des Kapitels F EBM-Ä und wurde mit Beschluss vom 20.06.2000 mit Wirkung ab 01.10.2000 um die Nrn. 605, 608, 609, 620, 654, 665, 680, 681, 682, 689, 698, 710, 718, 719, 723, 728, 731-741 und 745 EBM-Ä erweitert (DÄ, Heft 27 vom 07.07.2000, A 1925, sog. KO-Katalog). Mit der Ü-bergangsregelung in § 9 Abs. 1 Hausarztvertrag war bestimmt, dass Ärzte, die die in der Liste nach § 6 aufgeführten Leistungen vor dem 01.01.1994 regelmäßig erbracht haben, diese Leistungen im Rahmen der hausärztlichen Versorgung längstens bis 31.12.2002 abrechnen dürfen. Für die mit Wirkung ab 01.10.2000 aufgenommenen Leistungen in den KO-Katalog wurde eine Übergangsregelung zur weiteren Leistungserbringung im hausärztlichen Leistungsbereich ebenfalls bis 31.12.2002 vorgesehen (§ 9 Abs. 2 Hausarztvertrag).

Mit Wirkung ab 01.01.2000 wurde [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) mit Art. 1 Nr. 29 des GKV-GesundheitsreformG 2000 neugefasst. Danach nehmen an der hausärztlichen Versorgung 1. Allgemeinärzte, 2. Kinderärzte, 3. Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, 4. Ärzte, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und 5. Ärzte, die am 31.12.2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben, als Hausärzte teil. Die übrigen Fachärzte nehmen an der fachärztlichen Versorgung teil. Der Zulassungsausschuss kann für Kinder-ärzte und Internisten eine von Satz 1 abweichende befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet ist. Wie bisher ist vorgesehen, dass der Zulassungsausschuss Allgemeinärzten und Ärzten ohne Gebietsbezeichnung, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen kann.

Darüber hinaus wurde mit dem GKV-GesundheitsreformG 2000 (a.a.O. Art. 1 Nr. 39) auch [§ 87 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) einer maßgeblichen Änderung unterzogen. Danach verteilt die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütung getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung. Mit [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) i.d.F. GKV-GesundheitsreformG 2000 wurde dem Bewertungsausschuss aufgegeben, bis zum 28.02.2000 die Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütungen nach Absatz 4, insbesondere zur Verteilung der Vergütungsanteile für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung sowie für deren Anpassung an solche Veränderungen der vertragsärztlichen Versorgung, die bei der Bestimmung der Anteile der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung an der Gesamtvergütung zu beachten sind, festzulegen (zu den weiteren Maßgaben s. Abs. 4a Satz 2 und 4).

Neben der in [§ 87 Abs. 2a Satz 3 SGB V](#) weiterhin vorgesehenen hausärztlichen Grundvergütung wurde der Bewertungsausschuss in Satz 4 beauftragt, die nach [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) im EBM-Ä festgelegten abrechenbaren Leistungen entsprechend der in § 73 Abs. 1 festgestellten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31.03.2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung mit der Maßgabe zu gliedern, dass unbeschadet gemeinsamer abrechenbarer Leistungen, Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen.

Mit Beschluss vom 16.02.2000 (DÄ, Heft 9 vom 03.03.2000, A 561) erfolgte vom Bewertungsausschuss die Ankündigung einer Beschlussfassung gemäß [§ 87 Abs. 2a SGB V](#). Dem gesetzlichen Auftrag ist der Bewertungsausschuss sodann, auch entsprechend seiner eigenen Ankündigung, mit Beschluss vom 20.06.2000 in Teil A mit den Tabellen 1 bis 3 nachgekommen (DÄ, Heft 27 vom 07.07.2000, A 1920). Von den Leistungen nach den Nrn. 801 bis 815 des Kapitels G Abschnitt I. sind danach die Leistungen nach den Nrn. 802, 805, 806, 809 und 810 bis 815 EBM-Ä im hausärztlichen Versorgungsbereich nur noch von Kinderärzten berechnungsfähig. Danach hat das Sozialgericht zu Recht entschieden, dass die Klägerin als Fachärztin für Allgemeinmedizin von einer Leistungserbringung ausgeschlossen ist.

Verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Gültigkeit der gesetzlichen Vorgaben in [§ 73 Abs. 1 und Abs. 1a SGB V](#) und [87 Abs. 2a Satz 4 SGB V](#) und die Normsetzungsbefugnis des Bewertungsausschusses bestehen nicht. Vergütungsregelungen stellen Berufsausübungsregelungen dar, die gemäß [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes möglich und nach der Rechtsprechung des BVerfG und des BSG rechtmäßig sind, wenn ihnen vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls zu Grunde liegen und sie auch dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit Rechnung tragen. Die Verfassungsmäßigkeit der mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführten Aufteilung in einen haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich ist bereits höchstrichterlich geklärt (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 18.06.1997 = BSGE 80, 257 = [SozR 3-2500 § 73 Nr. 1](#) und Urteile in den Parallelverfahren [6 RKa 63/96](#) und [13/97](#) sowie Urteile vom 17.09.1997 = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 17](#) und Parallelverfahren [6 RKa 91/96](#) und [92/96](#); Urteil vom 01.07.1998, [B 6 KA 27/97 R](#) = USK 98166, Nichtannahmebeschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 17.06.1999, [1 BvR 2507/97](#) = [SozR 3-2500 § 73 Nr. 3](#) = [NJW 1999, 2730](#), 2731 zu BSGE 80, 257).

Bei der Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in die haus- und fachärztliche Versorgung ([§ 73 Abs. 1 und Abs. 1a SGB V](#)) handelt es sich um verfassungsgemäße Regelungen der Berufsausübung der Vertragsärzte im Sinne von [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#). Sie wirkt sich für den Vertragsarzt dahingehend aus, dass bestimmte ärztliche Leistungen ausschließlich der haus- oder fachärztlichen Versorgung zugerechnet werden und deshalb nur noch von dem Arzt abgerechnet werden können, der im jeweiligen Versorgungsbereich tätig ist. Folge der hausärztlichen Versorgung für die teilnehmenden Ärzte ist, dass der Arzt je Behandlungsfall die sog. hausärztliche Grundvergütung erhält ([§ 87 Abs. 2a Satz 3 SGB V](#) i.V.m. den entsprechenden Regelungen im EBM-Ä), aber eben bestimmte fachärztliche Leistungen nicht erbringen bzw. abrechnen kann. Der fachärztliche Internist und die übrigen Fachärzte dagegen erhalten keine Hausarztzuschale und können auch einige speziell den Hausärzten vorbehaltene Leistungen nicht abrechnen ([§ 87 Abs. 2a Satz 4 SGB V](#) i.V.m. z.B. Nr. 10 EBM-Ä).

Die Vorschriften der [§ 73 Abs. 1 und Abs. 1a SGB V](#) sind verfassungsgemäße Regelungen der Berufsausübung der Vertragsärzte im Sinne von [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#). Die Aufgliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und in einen fachärztlichen Versorgungsbereich und die sich als Folge der Trennung der Versorgungsbereiche ergebende Zuordnung einzelner Arztgruppen zu diesen Versorgungsbereichen beeinflusst nicht, auch nicht mittelbar, die Freiheit der Berufswahl. Im Gesetz selbst sind die Auswirkungen der Zuordnung eines Vertragsarztes zum haus- oder fachärztlichen Versorgungsbereich nicht vollständig, sondern nur punktuell geregelt. Die Zusammenschau der gesetzlichen Bestimmungen und der zur Verwirklichung des gesetzgeberischen Regelungskonzepts unverzichtbaren untergesetzlichen Vorschriften, vor allem im EBM-Ä gemäß [§ 87 Abs. 2, 2a SGB V](#) und im Bundesmantelvertrag, zeigt deutlich, dass die

Trennung der Versorgungsbereiche ausschließlich die Modalitäten der Ausübung des Arztberufs im System der vertragsärztlichen Versorgung betrifft. Für den Vertragsarzt wirkt sie sich allein in der Weise aus, dass bestimmte ärztliche Leistungen ausschließlich der haus- bzw. fachärztlichen Versorgung zugerechnet werden und deshalb nur noch von dem Arzt abgerechnet werden können, der im jeweiligen Bereich tätig ist. Insofern handelt es sich um vergütungsrechtliche Konsequenzen, die den Schutzbereich der Berufsausübungsfreiheit und nicht die Berufswahl berühren (BSG, Urteil vom 18.06.1997 [a.a.O.](#)).

In der Rechtsprechung ist auch entschieden, dass dieser Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit mit höherrangigem Recht in Einklang steht. Berufsausübungsregelungen dürfen vom Gesetzgeber getroffen werden, wenn sie durch ausreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt sind und dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen, wenn also das gewählte Mittel zur Erreichung des verfolgten Zwecks geeignet und auch erforderlich ist und bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der rechtfertigenden Gründe die Grenzen der Zumutbarkeit gewahrt sind. Die Aufgliederung der vertragsärztlichen Versorgung in die Versorgungsbereiche der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung wird diesen Anforderungen gerecht. Der Gesetzgeber hat die funktionelle Gliederung der Versorgungsbereiche als geeignetes Mittel angesehen, kostensteigernde Entwicklungen in der vertragsärztlichen Versorgung, die auch aufgrund der ständigen Zunahme spezialisierter fachärztlicher Leistungen bedingt sind, zu begrenzen und auf diese Weise die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern. Er wollte zugleich die Qualität der Grundversorgung der Versicherten durch eine Stärkung der hausärztlichen Versorgungsfunktion fördern. Als Folgeregelung zu dieser Grundentscheidung des Gesetzgebers soll über die Schaffung spezieller Vergütungspauschalen für die typischen hausärztlichen Versorgungsfunktionen eine Verbesserung der hausärztlichen Versorgung bewirkt und auf diese Weise der Anreiz zur Wahrnehmung der Hausarztfunktion erhöht werden. Die genannten Gemeinwohlbelange rechtfertigen die mit den gesetzgeberischen Maßnahmen verbundenen Eingriffe in die Berufsausübung der betroffenen Ärzte.

Die funktionale Gliederung der Versorgungsbereiche sowie die Zuordnung bestimmter Arztgruppen hierzu ist ein geeignetes Mittel, medizinisch nicht gerechtfertigte Leistungsausweitungen und damit sachlich nicht begründete Ausgabensteigerungen im Bereich der ambulanten Versorgung zu begrenzen. Maßgebend für die Beurteilung der Geeignetheit ist insofern die Einschätzung des Gesetzgebers, ob der angestrebte Erfolg erreicht werden kann. Die Einschätzung des Gesetzgebers ist nur bei einem objektiv ungeeigneten Mittel zu beanstanden. Dies ist indes hier nicht der Fall, weil aufgrund der besonderen Inhalte der Versorgungsbereiche und der Steuerungsfunktion des in der hausärztlichen Versorgung tätigen Vertragsarztes, der als Mittler zum Versicherten und als Koordinator anderer medizinischer Leistungen fungieren soll, die angestrebte Beschränkung der Ausgabenentwicklung und die Sicherung der Qualität im ambulanten Bereich eintreten kann. Die Regelung ist auch erforderlich. Mit der Aufteilung der vertragsärztlichen Versorgung in die beiden Versorgungsbereiche hat der Gesetzgeber das am wenigsten belastende, dem Arzt die Entscheidungsfreiheit für eine bestimmte Vergütungsstruktur belassende Mittel gewählt. Dieses Modell erfordert aber eine differenzierte Struktur der das Leistungsverhalten der Vertragsärzte steuernden Vergütungsanreize, um Wirtschaftlichkeitsreserven freizusetzen und die Effektivität ärztlichen Handelns zu steigern. Auch das BVerfG hat in Bestätigung der Rechtsprechung des BSG im Nichtannahmebeschluss vom 17.06.1999 ([1 BvR 2507/97 = SozR 3-2500 § 73 Nr. 3 = NJW 1999, 2730, 2731](#)) festgestellt, dass die auch vergütungs-mäßige Trennung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) vereinbar ist. Sowohl das gesundheitspolitische Ziel der Qualitätsverbesserung für die Versicherten als auch das angestrebte finanzpolitische Ziel der Kostendämpfung sind vom BVerfG als Gemeinwohlaufgaben anerkannt worden, die die gesetzliche Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung ab 01.01.1994 in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Bereich rechtfertigen.

Diese Erwägungen zur Verfassungsmäßigkeit der Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen haus- und einen fachärztlichen Bereich tragen auch deren Fortgeltung mit den Änderungen in der Fassung des GKV-GesundheitsformG 2000.

Die mit [§§ 85 Abs. 4, Abs. 4a SGB V](#) vom Gesetzgeber erstmals selbst vorgegebene Trennung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Gesamtvergütungsanteil dient auch dem Zweck, die Lotsenfunktion des Hausarztes durch die Sicherung eines angemessenen Honoraranteils im Rahmen der Honorarverteilung zu stärken, um mit der beratenden und steuernden Funktion der Hausärzte dauerhaft eine effiziente, hohen Qualitätsansprüchen genügende medizinische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Durch die Aufteilung der Gesamtvergütungen auf die haus- und fachärztliche Versorgung soll erreicht werden, dass ein angemessener Anteil an der Gesamtvergütung für die hausärztliche Versorgung zur Verfügung gestellt wird ([BT-Drs. 14/1977 S. 149](#)). Das gesundheitspolitische Ziel der damit verbundenen Qualitätsverbesserung für die Versicherten dient ebenfalls dem Gemeinwohl.

Die beabsichtigte Verbesserung der Honorierung der Hausärzte in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und die gesetzliche Verpflichtung des Bewertungsausschusses, für die üblicherweise von Hausärzten erbrachten Leistungen eine hausärztliche Grundvergütung vorzusehen ([§ 87 Abs. 2a Satz 3 SGB V](#)), umfasst notwendigerweise zugleich die Befugnis zur Konkretisierung des [§ 87 Abs. 2a Satz 4 SGB V](#), welche Leistungen in welchem Versorgungsbereich abrechenbar sind. Die Leistungen des EBM-Ä sind danach zwingend in solche der hausärztlichen und solche der fachärztlichen Versorgung zu gliedern, wobei auch gemeinsam abrechenbare Leistungen festgelegt werden konnten. Auch mit dieser Dreiteilung der nach dem EBM-Ä abrechenbaren Leistungen verfolgt der Gesetzgeber weiter das Ziel, den bisherigen Anreiz für die abrechnenden Ärzte eine möglichst große Zahl von Leistungen aus der Gesamtheit des EBM-Ä abzurechnen, zu beseitigen und einen Beitrag zu einer leistungsge-rechten Vergütung zu leisten ([BT-Drs. 14/1245 S. 72](#)). Das Vorgehen des Bewertungsausschusses mit Beschluss vom 20.06.2000 (DÄ, a.a.O.), mit dem die nur im hausärztlichen und nur im fachärztlichen sowie in beiden Versorgungsbereichen abrechenbaren Leistungen in den Tabellen 1 bis 3 bestimmt wurden, hält sich damit im Rahmen der Ermächtigungsgrundlage des [§ 87 Abs. 2a Satz 4 SGB V](#). Die Festlegungen in der Tabelle 2 haben dabei den Ausschluss der Abrechenbarkeit der Nr. 802, 805, 806, 809 und 810 bis 815 EBM-Ä bei Fachärzten für Allgemeinmedizin zur Folge.

Diese Regelung ist auch inhaltlich von [§ 87 Abs. 2a Satz 4 SGB V](#) gedeckt. Bei den genannten Leistungen handelt es sich um spezialisierte Leistungen, die nicht dem Kernbereich der allgemein-medizinischen und hausärztlichen Tätigkeit zuzurechnen sind. Ihre Erbringung ist auf der Grundlage des ärztlichen Weiterbildungsrechts vielmehr vorrangig dem Fachgebiet der Neurologie zugewiesen. Nach Nr. 24 der Anlage 1 zur Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer in der Fassung ab 01.01.1997 (Ärzteblatt Sachsen, Heft 12/1996 S. 633 - inhaltlich übereinstimmend mit der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer nach dem Beschluss des 95. Deutschen Ärztetages und dessen Ergänzungen) gehören zum Inhalt und Ziel der Weiterbildung auf dem Gebiet der Neurologie die Vermittlung, der Erwerb und der Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in den theoretischen Grundlagen, in der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie neurologischer Krankheitsbilder und Defektzustände sowie in der Neuroradiologie einschließlich des

Strahlenschutz, in der gebiets-bezogenen Sonographie und der Elektrodiagnostik des Gebietes sowie der soziotherapeutischen Maßnahmen einschließlich Nachsorge und Rehabilitation. Hierzu sind u.a. eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Indikationsstellung, Durchführung und Befundung der evozierten Potentiale und der Elektroenzephalographie sowie der kortikalen Magnetstimulation erforderlich. Nach den Sächsischen Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Abschnitt I Nr. 24 (inhaltlich ebenso übereinstimmend mit den Muster-Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung der Bundesärztekammer) sind die in der Weiterbildungsordnung aufgeführten Weiterbildungsinhalte u.a. mit folgenden Untersuchungs- und Behandlungsverfahren nachzuweisen: Selbständige Durchführung und Befundung der Elektroenzephalographie bei 100 Patienten und Befundung von Elektroenzephalogrammen bei weiteren 800 Patienten, selbständige Durchführung und Befundung der Elektromyographie bei 250 Patienten, selbständige Durchführung und Befundung der Elektroneurographie bei 250 Patienten, selbständige Durchführung und Befundung der visuell, somatosensibel und akustisch evozierten Potentiale bei 100 Patienten und Befundung der evozierten Potentiale bei weiteren 600 Patienten. Mit der Anknüpfung des Ausschlusses der Leistungserbringung bei den Nrn. 805, 809, 811 und 812 EBM-Ä an Leistungen, die nach ärztlichem Berufsrecht ausschließlich oder vorrangig spezialisierten Fachärzten vorbehalten sind, wird den normativen Vorgaben in § 73 Abs. 1, Abs. 1a SGB V zur Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich angemessen entsprochen (BSG, Urteil vom 17.09.1997 - [6 RKA 90/96](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 17](#)).

Der Ausschluss der Leistungserbringung nach den Nrn. 805, 809, 811 und 812 EBM-Ä für die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Fachärzte für Allgemeinmedizin stellt sich auch als verfassungskonforme Regelung der Berufsausübung der Vertragsärzte im Sinne von [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) dar. Auch der Ausschluss dieser Leistungserbringung wirkt sich über die übrigen Festlegungen der abrechenbaren Leistungen im hausärztlichen Bereich auf der Ebene der vertragsärztlichen Vergütung aus und berührt damit den Zulassungsstatus des Vertragsarztes nicht. Ein Eingriff in den Status ist nach der Rechtsprechung des BSG nur dann gegeben, wenn die Regelungen den Vertragsarzt von der Erbringung bzw. Abrechenbarkeit solcher Leistungen ausschließen, die für sein Fachgebiet wesentlich sind (BSG, Urteil vom 01.07.1998 - [B 6 KA 25/97 R](#) und [B 6 KA 27/97 R](#) = USK 98166; Urteil vom 20.01.1999 - [B 6 KA 23/98 R](#) = [SozR 3-2500 § 72 Nr. 8](#); Urteil vom 06.09.2000 - [B 6 KA 36/99 R](#) = [SozR 3-2500 § 135 Nr. 15](#)). Bei den streitigen Leistungen handelt es sich indes nicht um für das Fachgebiet der Allgemeinmedizin wesentliche oder es prägende Leistungen. Für die Beurteilung ist darauf abzustellen, welche Inhalte und Ziele in der Weiterbildung für das jeweilige Fachgebiet in der Weiterbildungsordnung genannt werden und in welchen Bereichen eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten erworben werden müssen. Die Inhalte werden in der jeweiligen Weiterbildungsordnung des Landes festgelegt und können durch Richtlinien konkretisiert werden (BSG, Urteil vom 08.09.2004 - [B 6 KA 27/03 R](#)).

Danach sind die neuroelektrodiagnostischen Leistungen nach den Nrn. 805, 809, 811 und 812 EBM-Ä nicht speziell den Fachärzten für Allgemeinmedizin zugewiesen. Nach der Anlage 1 Nr. 1 zur Weiterbildung der Sächsischen Landesärztekammer in der Fassung ab 01.01.1997 (Ärzteblatt Sachsen, a.a.O.) umfasst die Allgemeinmedizin die lebensbegleitende hausärztliche Betreuung von Menschen jeden Alters bei jeder Art der Gesundheitsstörung, unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen ihrer gesundheitlichen Leiden, Probleme oder Gefährdungen und die medizinische Kompetenz zur Entscheidung über das Hinzuziehen anderer Ärzte und Angehöriger von Fachberufen im Gesundheitswesen. Sie umfasst die patientenzentrierte Integration der medizinischen, psychischen und sozialen Hilfen im Krankheitsfall, auch unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit. Dazu gehören auch die Betreuung von akut oder chronisch Erkrankten, die Vorsorge und Gesundheitsberatung, die Früherkennung von Krankheiten, die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen, die Zusammenarbeit mit allen Personen und Institutionen, die für eine gesundheitliche Betreuung der Patienten Bedeutung haben, die Unterstützung gemeindenaher gesundheitsfördernder Aktivitäten und die Zusammenführung aller medizinisch wichtigen Daten des Patienten. Inhalt und Ziel der Weiterbildung im Gebiet der Allgemeinmedizin umfassen Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Gesundheitsförderung, Prävention, Früherkennung von Krankheiten, Beratung, Diagnostik und Therapie, insbesondere beim un-ausgelesenen Krankengut unter Berücksichtigung der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen, in der Langzeitbetreuung chronisch Kranker, in den Maßnahmen der ersten ärztlichen Hilfe beim Notfallpatienten, der Integration medizinischer, sozialer, pflegerischer und psychischer Hilfen einschließlich Rehabilitation in den Behandlungsplan unter Einbezug des familiären und sozialen Umfeldes. Der Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten für neuroelektrodiagnostische Untersuchungen werden weder bei den weiteren Festlegungen in der Nr. 1 zur Anlage 1 der Sächsischen Weiterbildungsordnung noch in den hierzu erlassenen Richtlinien im Gebiet der Allgemeinmedizin (Abschnitt I Nr. 1) genannt. Die von der Klägerin begehrte Leistungserbringung ist mithin für das Gebiet der Allgemeinmedizin weder wesentlich noch prägend. Diese ist - wie bereits oben dargelegt - vielmehr vorrangig dem Fachgebiet der Neurologie zuzuordnen. Mit dem Ausschluss der streitigen Leistungen aus der hausärztlichen Versorgung wird somit nicht wesentlich in die berufliche Freiheit der Fachärzte für Allgemeinmedizin eingegriffen.

Der auf der Stufe der Berufsausübung liegende Eingriff ist - ebenso wie die ihm zugrunde liegende Entscheidung des Gesetzgebers zur Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung - durch ausreichende Gründe des Gemeinwohls, nämlich ökonomische Fehlentwicklungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zu beseitigen und damit die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern sowie die Qualität der Grundversorgung der Versicherten zu fördern, gerechtfertigt. Die Regelung des Ausschlusses der Leistungserbringung ist auch verhältnismäßig. Anhaltspunkte dafür, dass die mit Beschluss vom 20.06.2000 vom Bewertungsausschuss getroffene Regelung, bezogen auf die maßgeblichen Gemeinwohlziele schlechthin ungeeignet oder eindeutig nicht erforderlich sein könnten, sind nicht erkennbar.

Entgegen der Auffassung der Klägerin musste eine Übergangsregelung nicht geschaffen werden. Eine solche kann die Klägerin auch nicht für sich beanspruchen, weil im Zusammenhang mit dem Ausschluss anderer Leistungen nach der Anlage 2 zu § 6 Abs. 2 des Hausarztvertrages ab 01.10.2000 eine Übergangsfrist bis 31.12.2002 eingeräumt wurde. Eine Übergangsregelung wegen der Leistungen nach den Nrn. 805, 809, 811 und 812 EBM-Ä erfordert der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz nicht. Im Rahmen der Abwägung der Schwere des Eingriffs gegenüber den der Regelung zugrunde liegenden Gemeinwohlinteressen konnte der Normsetzer letzteren Belangen den Vorrang einräumen. Die fraglichen Leistungen sind für Fachärzte für Allgemeinmedizin untypisch. Ihnen kommt auch für das Honoraraufkommen der Arztgruppe der Fachärzte für Allgemeinmedizin keine wesentliche Bedeutung zu. Der Anteil der Leistungen nach dem Kapitel G Abschnitt I am Gesamtpunkzahlvolumen der Fachärzte für Allgemeinmedizin im Bereich der Beklagten betrug in den Quartalen I, II und III/00 nur 0,733 %, 0,791 % und 0,799 %. In Bezug auf die Leistungen allein nach den Nrn. 802 bis 815 EBM-Ä liegt der Anteil sogar bei nur 0,016 %, 0,014 % und 0,014 %.

Soweit die Klägerin etwa 12 % ihres Gesamtleistungsvolumens mit Leistungen nach den Nrn. 805, 809, 811 und 812 EBM-Ä erzielt hat, wobei diese Leistungserbringung atypisch auf einer Weiterüberweisung der an ihren Ehemann als Facharzt für Neurologie gerichteten Überweisungen erfolgte, ist dies rechtlich nicht von Bedeutung. Untypische besondere Konstellationen bei einzelnen Allgemeinärzten brauchte der Normsetzer nicht zu berücksichtigen (sog. generalisierende - auf die Arztgruppe als Ganzheit abstellende Betrachtungsweise, vgl. [BVerfGE 68, 193](#), 219; [70, 1](#); 77 84, 105; 101, 354).

Das Erfordernis einer Übergangsregelung ergibt sich ebensowenig aus anderen Entscheidungen des BSG. Ihnen lagen anders gelagerte Fälle zugrunde. Das Urteil in [BSGE 82, 55](#) (SozR 3-2500 § 125 Nr. 9) betraf Gynäkologen, die aufgrund einer zusätzlichen Ausbildung zytodiagnostische Leistungen erbringen und abrechnen durften. Das BSG hat im Übrigen nicht seinerseits eine Übergangsregelung gefordert, sondern die lediglich vom Normsetzer geschaffene als ausreichend erklärt. Im Falle kinder- und jugendpsychiatrischer Leistungen (BSG [SozR 3-2500 § 72 Nr. 8](#)), die bis dahin ohne ausdrückliche Genehmigung erbracht und abgerechnet werden konnten und nur einen Randbereich der eigentlichen beruflichen Tätigkeit betrafen, war dem etwaigen Erfordernis einer Übergangsregelung jedenfalls deshalb Genüge getan, weil die Ärzte unter bestimmten Voraussetzungen Ausnahmegenehmigungen erhalten konnten. Den Urteilen lässt sich nicht entnehmen, dass immer dann, wenn eine Übergangsregelung geschaffen wurde, auch eine solche erforderlich war.

Die dargestellten Grundsätze entsprechen auch derjenigen Rechtsprechung des BVerfG, die bei Personen, die eine künftig unzulässige Tätigkeit in der Vergangenheit in erlaubter Weise ausgeübt haben, das Erfordernis von Übergangsregelungen nach den Grundsätzen der sog. unechten Rückwirkung bzw. tatbestandlichen Rückanknüpfung beurteilt. Danach ist bei Sachverhalten, die bereits vor der Neuregelung "ins Werk gesetzt" worden sind, aber durch diese eine neue rechtliche Beurteilung erfahren haben, abzuwägen, ob den schutzwürdigen Interessen der Betroffenen größeres Gewicht zukommt, als dem öffentlichen Interesse an der Neuregelung ([BVerfGE 75, 246](#)). Bei dieser Abwägung hat der Normsetzer eine Gestaltungsfreiheit sowie einen Bewertungs- und Abwägungsspielraum, der ein gerichtliches Eingreifen nur im Falle deutlicher Verkennung der schutzwürdigen Interessen der Betroffenen zulässt ([BVerfGE 76, 256](#), 359 f.). Die Anwendung dieser Grundsätze führt zu keinem anderen Ergebnis. Die fraglichen Leistungen sind für die Fachgruppe der Allgemeinärzte untypisch und durften daher vom Normsetzer geringer als das öffentliche Interesse an der Neuregelung zur Festlegung der ärztlichen Leistungen in einen haus- und einen fachärztlichen Bereich gewertet werden. Zudem hat auch das Sozialgericht zutreffend darauf hingewiesen, dass für Fachärzte für Allgemeinmedizin, die im Wesentlichen spezielle Leistungen erbringen, gemäß [§ 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V](#) die Möglichkeit zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung besteht. Eine Regelung zur Vermeidung von unbilligen Härten ist damit sogar vorhanden. Nach alledem war eine Übergangsregelung mit vorübergehend geduldeter Abrechenbarkeit nicht erforderlich.

Eine solche ist auch mit dem weiteren Vorbringen der Klägerin zu einem ihr zu gewährenden Vertrauensschutz wegen der in der Vergangenheit vorgenommenen Leistungserbringung nicht zu begründen. In der Rechtsprechung des BSG ist anerkannt, dass die Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung Einschränkungen durch den Grundsatz des Vertrauensschutzes unterliegen kann. Es hat wiederholt ausgeführt, dass sachlich-rechnerische Richtigstellungen aus Vertrauensschutzgründen nicht erfolgen dürfen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung über einen längeren Zeitraum eine systematisch fachfremde oder eine ohne ausreichende fachliche Qualifikation ausgeübte Tätigkeit wissentlich geduldet und der Vertragsarzt im Vertrauen auf die weitere Vergütung solcher Leistungen weiterhin entsprechende Leistungen erbracht hat (BSG, Urteil vom 12.12.2001 - [B 6 KA 3/01 R](#) = [SozR 3-2500 § 82 Nr. 3](#) = [BSGE 89, 90](#) - 104; [SozR 3-2500 § 95 Nr. 9](#) S. 38 f. und [BSGE 84, 290](#), 296 f. = [SozR 3-2500 § 95 Nr. 21](#), S. 91 jeweils betreffend fachfremde Leistung; s. auch BSG [SozR 3-2500 § 135 Nr. 6](#) S. 35 betreffend Computertomographien ohne entsprechende anerkannte Qualifikation). Es hat dafür eine längere Verwaltungspraxis gefordert, die über eine Zeit von wenigen Monaten hinausgehen muss ([BSGE 84, 290](#), 296 f. = [SozR 3-2500 § 95 Nr. 21](#), S. 91). Diesem wissentlichen Dulden systematisch-fachfremder oder ohne ausreichende fachliche Qualifikation ausgeübter Tätigkeiten steht es gleich, wenn eine Kassenärztliche Vereinigung im Streit um die Abrechenbarkeit einer Leistung auf den Widerspruch des Vertragsarztes hin eine Abhilfeentscheidung zu seinen Gunsten trifft, ohne die Honorierung in ihrem Bescheid zeitlich klar zu begrenzen bzw. ohne sie als nur "vorläufig bis zu endgültigen Entscheidung" zu kennzeichnen. In einem solchen Fall begründet die Aufhebung einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung ein Vertrauen des Vertragsarztes, dass die von ihm erreichte günstige Honorierung in Einklang mit der Rechtslage steht (BSG, Urteil vom 12.12.2001, [a.a.O.](#)).

Ein begründeter Vertrauensschutz unterliegt indessen auch Begrenzungen. Das Handeln im Vertrauen auf die Richtigkeit eines Verwaltungshandelns schützt den Vertragsarzt zum einen nur gegenüber demjenigen, der den Vertrauenstatbestand gesetzt hat. Dies kann im vorliegenden Fall, in dem die beklagte Kassenärztliche Vereinigung die Abrechnung und Vergütung der Leistungen bis zum Quartal III/2000 vorgenommen hat, allein die Beklagte sein.

Ein einmal geschaffener Vertrauenstatbestand entfaltet zudem nicht für alle Zukunft Schutzwirkungen, da er wieder entfallen kann. Ein solcher Wegfall ist etwa denkbar, wenn sich die Sach- oder Rechtslage maßgeblich geändert hat oder wenn die Kassenärztliche Vereinigung den Betroffenen gegenüber deutlich macht, dass sich Zweifel an der Richtigkeit der Auslegung einer Leistungslegende ergeben oder verstärkt haben, und sie die betroffenen Vertragsärzte z.B. durch Rundschreiben entsprechend informiert bzw. den Abrechnungsbescheiden deutliche Hinweise auf die Zweifel beifügt. Eine Änderung der Sach- und Rechtslage kann darin liegen, dass eine andere dazu autorisierte Stelle - z.B. der Bewertungsausschuss - eine von der Abrechnungspraxis abweichende Entscheidung trifft (BSG, Urteil vom 12.12.2001, [a.a.O.](#)).

Nach diesen Grundsätzen kann die Klägerin aus der von der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung in der Vergangenheit vorgenommenen Abrechnung keinen Vertrauensschutz für eine Abrechnung der streitigen Leistungen für die Zeit nach der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses vom 20.06.2000 herleiten. Mit dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 20.06.2000, der im Deutschen Ärzteblatt in Heft 27 vom 07.07.2000 veröffentlicht wurde, ist die Leistungserbringung nach den Nrn. 802, 805, 806, 809 und 810 bis 815 EBM-Ä für Fachärzte für Allgemeinmedizin mit Wirkung ab 01.10.2000 ausgeschlossen worden. Hiervon hatte die Klägerin ausweislich ihres an die Beklagte gerichteten Schreibens vom 12.09.2000 - ohne dass es darauf ankommen könnte - sogar positive Kenntnis. Damit entfiel ein etwaiges durch die Leistungserbringung in der Vergangenheit begründetes Vertrauen auf Basis der obigen Ausführungen nunmehr mit Wirkung für Zukunft. Die Klägerin kann sich daher ab dem 01.10.2000 nicht mehr auf Vertrauensschutz berufen.

Entgegen der Auffassung der Klägerin ist auch nicht von Belang, dass vom Bewertungsausschuss die Festlegungen zur Gliederung der Leistungen des EBM-Ä in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung gemäß [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) erst mit der Beschlussfassung vom 20.06.2000 erfolgt sind. Zwar hatte der Gesetzgeber in [§ 87 Abs. 2a Satz 4 SGB V](#) hierfür dem

Bewertungsausschuss eine Frist bis 31.03.2000 vorgegeben. Aus der verzögerten Beschlussfassung von nicht einmal drei Monaten kann die Klägerin aber ebenso keine Rechte herleiten. Unabhängig davon, dass es sich um eine nicht wesentliche Überschreitung in zeitlicher Hinsicht handelt, steht dem entgegen, dass der Bewertungsausschuss bereits mit Beschluss vom 16.02.2000 (DÄ, Heft 9 vom 03.03.2000, A 561) angekündigt hatte, den Beschluss nach [§ 87 Abs. 2a Satz 4 SGB V bis 01.07.2000](#) zu fassen.

Bei alledem konnte die Berufung der Klägerin keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und Abs. 4 SGG](#) in der bis zum 01.01.2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr. 24](#) S. 115 ff.).

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2005-12-27