# BUNDESSOZIALGERICHT

Verkündet am
18. Juni 1997

## Im Namen des Volkes

## Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 63/96

.....

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte: .....

g e g e n

Berufungsausschuß für Ärzte-Hamburg,
Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg,

Beklagter und Revisionsbeklagter,

beigeladen:

1. Kassenärztliche Vereinigung Hamburg,
   Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg,

2. AOK Die Krankenkasse für Hamburg,
   Pappelallee 22-26, 22089 Hamburg,

3. Innungskrankenkasse Hamburg,
   Kieler Straße 464-470, 22525 Hamburg,

4. Betriebskrankenkassen-Landesverband Nord,
   Wendenstraße 279, 20537 Hamburg,

5. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
   Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,

6. Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android

Available on the App Store
JLaw – für iOS

Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 18. Juni 1997 durch den Richter Dr. E n g e l m a n n als Vorsitzenden, die Richter Dr. W e n n e r und K r u s c h i n s k y sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. M e r z und J e b b i n k für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 21. Februar 1996 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat dem Beklagten die Kosten auch des Revisionsverfahrens zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kläger die Genehmigung zur gleichzeitigen Teilnahme an der fachärztlichen und der hausärztlichen Versorgung beanspruchen kann.

Der Kläger nimmt seit 1978 als Arzt für Innere Medizin mit der Teilgebietsbezeichnung Endokrinologie an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Seinen im Oktober 1994 auf Zulassung zur gleichzeitigen haus- und fachärztlichen Versorgungstätigkeit gerichteten Antrag lehnte der Zulassungsausschuß für Ärzte - Hamburg - durch Beschluß vom 12. Dezember 1994 ab; den Widerspruch des Klägers wies der beklagte Berufungsausschuß durch Beschluß vom 31. Mai 1995 zurück. Im Kassenarztrecht sei eine Kombination von fachärztlicher und hausärztlicher Tätigkeit nicht mehr zugelassen. Die Voraussetzungen der Ausnahmeregelung des § 73 Abs 1a Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) lägen nicht vor. Auch sei den Zulassungsinstanzen eine Prüfung der Verfassungsmäßigkeit des § 73 Abs 1a SGB V verwehrt.

Die dagegen erhobene Klage hat das Sozialgericht (SG) durch Urteil vom 21. Februar 1996 abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch gegen die Zulassungsgremien auf Genehmigung einer Teilnahme auch an der hausärztlichen Versorgung, da nach § 73 Abs 1a Sätze 2 bis 4 SGB V eine "Doppelzulassung" nur bei Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung in Betracht komme. Auf die vom Kläger behauptete Verfassungswidrigkeit

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

dieser gesetzlichen Regelung komme es nicht an, da die Nichtigkeit einer begünstigenden Rechtsnorm nicht entscheidungserheblich sei, wenn auch bei deren Nichtigkeit eine Anspruchsgrundlage nicht bestehe.

Mit der Sprungrevision rügt der Kläger, das angefochtene Urteil beruhe auf verfassungswidrigen Bestimmungen. Die aufgrund der Vorschriften der § 73 Abs 1a bis 1c und § 87 Abs 2a bis 2b SGB V angeordnete Trennung zwischen hausärztlicher und internistischer Vertragsarzttätigkeit sei mit Art 1, 2 und 12 Grundgesetz (GG) nicht vereinbar. Das SG hätte daher nach Art 100 Abs 1 GG das Verfahren aussetzen und diese Vorschriften dem Bundesverfassungsgericht zur Entscheidung vorlegen müssen.

Der Kläger beantragt,

> das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 21. Februar 1996 und den Beschluß des Beklagten vom 31. Mai 1995 aufzuheben und festzustellen, daß er berechtigt ist, im Rahmen seines Gebietes gleichzeitig an der haus- und fachärztlichen Versorgung teilzunehmen.
>
> hilfsweise,
> den Beklagten zu verpflichten, ihm trotz seiner Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung die Teilnahme auch an der hausärztlichen Versorgung zu genehmigen.

Der Beklagte beantragt,

> die Revision zurückzuweisen.

Er meint, für das Begehren des Klägers sei eine Anspruchsgrundlage nicht ersichtlich. Diese sei insbesondere der Regelung des § 73 Abs 1a SGB V nicht zu entnehmen. Auch aus einer verfassungskonformen Auslegung dieser Bestimmung lasse sich nicht ein Anspruch des Klägers gegen die Zulassungsinstanzen auf Genehmigung einer gleichzeitigen Teilnahme an der fachärztlichen und hausärztlichen Versorgung ableiten.

Die Beigeladenen zu 1), 2), 5) und 6) und beantragen,

> die Revision zurückzuweisen.

Sie halten das angefochtene Urteil für zutreffend und schließen sich, ebenso wie der Beigeladene zu 3), den Ausführungen des Beklagten an.

Der Beigeladene 4) hat sich im Revisionsverfahren nicht geäußert.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

II

Die Sprungrevision des Klägers ist nicht begründet.

Zu Recht hat das SG die Klage mit Haupt- und Hilfsantrag abgewiesen. Der angefochtene Beschluß des Beklagten ist rechtmäßig.

Der von dem Kläger begehrten gleichzeitigen Teilnahme an der haus- und an der fachärztlichen Versorgung steht die Vorschrift des § 73 Abs 1a SGB V entgegen. Diese durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) mit Wirkung vom 1. Januar 1993 eingeführte Regelung (Art 1 Nr 33 Buchst b, Art 35 Abs 1 GSG vom 21. Dezember 1992 - BGBl I 2266) bestimmt, daß an der hausärztlichen Versorgung Ärzte für Allgemeinmedizin und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung teilnehmen (Satz 1 aaO). Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung wählen, ob sie an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen (Satz 2 aaO). Soweit diese bereits am 1. Januar 1993 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, treffen sie ihre Wahl bis zum 31. Dezember 1995 (Satz 3 aaO). Der Zulassungsausschuß kann eine von Satz 2 abweichende, zeitlich befristete Regelung treffen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nach Feststellung des Landesausschusses nicht gewährleistet ist (Satz 4 aaO). Die Regelungen sehen somit vor, daß Internisten mit Teilgebietsbezeichnung an der hausärztlichen Versorgung nicht teilnehmen können. Für Ärzte für Allgemeinmedizin, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung ist die gleichzeitige Teilnahme an der hausärztlichen und an der fachärztlichen Versorgung grundsätzlich ausgeschlossen. Hiervon ausgenommen waren bis zum 31. Dezember 1995 - neben anderen - Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung, die die Wahrnehmung hausärztlicher Versorgungsaufgaben noch nicht gewählt hatten, sofern sie am 1. Januar 1993 zugelassen waren.

Der Kläger kann die gleichzeitige Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung auch nicht aufgrund der dem Zulassungsausschuß nach § 73 Abs 1a Satz 4 SGB V eröffneten Möglichkeit beanspruchen, wegen eines bestehenden Versorgungsbedarfs eine abweichende, zeitlich befristete Genehmigung zu erteilen, denn die Vorschrift privilegiert nur die in § 73 Abs 1a Satz 2 SGB V genannten Ärzte, zu denen der Kläger nicht gehört.

Die Regelungen über die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich (§ 73 Abs 1 SGB V) und die mit ihr einhergehende Zuordnung bestimmter Arztgruppen zu diesen Versorgungsbereichen (Art 73 Abs 1a SGB V) sind mit dem GG vereinbar.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Dem Bund steht insbesondere die Befugnis zur Regelung dieser Rechtsbereiche zu. Sie fallen in seine Gesetzgebungskompetenz aus Art 74 Abs 1 Nr 12 GG. Nach dieser Vorschrift hat der Bund die konkurrierende Gesetzgebungskompetenz für den Bereich der Sozialversicherung. Dabei ist der Begriff der Sozialversicherung als weit gefaßter "verfassungsrechtlicher Gattungsbegriff" zu verstehen, der alles umfaßt, was sich der Sache nach als Sozialversicherung darstellt (vgl BVerfGE 88, 203, 313, mwN). Hierzu zählt das Kassenarztrecht (heute: Vertragsarztrecht); denn das GG hat das Vertragsarztrecht als Teil der in der früheren Reichsversicherungsordnung (RVO) geregelten Versicherung gegen Krankheit als Bundeskompetenz übernommen, und die Kassen- bzw Vertragsärzte sind als Leistungserbringer in das öffentlich-rechtliche System der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen (vgl BSG USK 94139 S 752; BVerwGE 65, 362, 365; ebenso Maunz in Maunz/Düring/Herzog/Scholz, GG, Art 74 RdNr 175 und 218; Kunig in: von Münch/Kunig, GG, 3. Aufl 1996, Art 74 RdNr 67; Degenhart in: Sachs, GG, Art 74 RdNr 53 und 75; Rengeling in: Isensee/Kirchhof, Handbuch des Staatsrechts, Bd IV, 1990, § 100 RdNr 191; Ebsen, VSSR 1996, 351, 353 ff).

Die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in die Versorgungsbereiche haus- und fachärztliche Versorgung ist diesem Kompetenztitel zuzuordnen. In der Sache stellt sie sich im System der gesetzlichen Krankenversicherung als eine Regelung unmittelbar zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung durch Zuordnung bestimmter Gruppen von Leistungserbringern zu einzelnen Versorgungsbereichen dar. Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, zu der die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen nach § 75 Abs 1 SGB V verpflichtet sind, gehört zum Kernbereich des Vertragsarztrechts (vgl BVerfGE 65, 362, 365). An der Sicherstellung wirken die Vertragsärzte mit (§ 72 Abs 1 Satz 1 SGB V). Die vertragsärztliche Versorgung umfaßt das ärztliche Handeln, das gem § 73 Abs 2 SGB V Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung ist, für die Versicherten der in § 4 Abs 2 SGB V aufgeführten Krankenkassen. Die Gliederung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung entspricht den Funktionen, die den Leistungen der Vertragsärzte im ambulanten Bereich im Verhältnis zu den Patienten zukommen. Dies ist zum einen die Funktion der hausärztlichen Versorgung, die durch eine inhaltlich intensivierte Betreuung des Patienten in seinem sozialen Umfeld und weitergehende Koordinierungs- und Dokumentationsaufgaben des Vertragsarztes gekennzeichnet ist. Zum anderen handelt es sich um die fachärztliche Versorgung, mit der dem Patienten insbesondere spezialistische diagnostische und therapeutische Maßnahmen erbracht werden. Die funktionale Gliederung der Versorgungsbereiche ist demnach bereits in der Struktur der vertragsärztlichen Versorgung angelegt (vgl auch Begründung des Gesetzentwurfs zum Gesundheits-Reformgesetz <GRG> BT-Drucks 11/2237, S 191 f, zu § 81). Bestimmungen, die sich auf die Ausgestaltung der Versorgungsbereiche beziehen oder an deren funktionale Trennung gegenständlich anknüpfen, stehen mit diesen in untrennbarem Zusammenhang und sind daher ebenfalls

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

dem Rechtsbereich der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen. Dies sind neben der funktionalen Beschreibung des hausärztlichen Versorgungsbereichs und der Zuweisung der Arztgruppen hierzu auch die sich daran anschließenden besonderen Vergütungsregelungen für hausärztliche Leistungen, die die Erbringung dieser Leistungen innerhalb der hausärztlichen Versorgung voraussetzen.

Der Gesetzgeber hat mit den genannten Regelungen den Kompetenzbereich des Kassenarztrechts nicht überschritten. Er hat insbesondere nicht außerhalb des ärztlichen Berufsrechts eine neue ärztliche Berufsgruppe im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen (so aber M. Heinze, Gutachten zur Verfassungswidrigkeit der ausschließlichen hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung, nicht veröffentlicht, ohne Jahr, 17 ff, 32 ff; ders, MedR 1996, 252, 256; Hufen, Zur verfassungsrechtlichen Beurteilung der Gebietsabgrenzung Hausarzt/Facharzt in § 73 SGB V, Rechtsgutachten für den Berufsverband der Deutschen Internisten, in: Beiträge aus: Der Arzt und sein Recht, 1997, 10 f; ebenfalls eine Kompetenzüberschreitung bejahend: Schneider, Handbuch des Kassenarztrechts, 1994, RdNr 258 f; ders, MedR 1995, 175, 178 f). Der Gesetzgeber des SGB V hat vielmehr den Vorrang des in die ausschließliche Gesetzgebungskompetenz der Länder (Art 70 Abs 1 GG) fallenden allgemeinen ärztlichen Berufsrechts beachtet, an das nach der st Rspr des Senats die besonderen Regelungen des Vertragsarztrechts - zum Beispiel über die Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung (vgl § 2 Abs 1, § 12 Abs 1, § 70 Abs 1 und § 72 Abs 2 SGB V) - anknüpfen (BSG SozR 3-2500 § 95 Nr 7 S 28; SozR 3-2500 § 95 Nr 9 S 34 f; SozR 3-5520 § 32 b Nr 2 S 4 f; Urteil vom 29. Januar 1997 - 6 RKa 81/95 - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Die Abgrenzung der Versorgungsbereiche schließt an die berufsrechtlichen Vorgaben des Landesrechts an. Die Zuweisung der Arztgruppen zur Teilnahme an der hausärztlichen oder an der fachärztlichen Versorgung bedeutet lediglich, daß die Ärzte im Rahmen des allgemeinen Berufsrechts an einer der beiden Versorgungsfunktionen des Vertragsarztrechts teilnehmen. Durch die Bestimmung des Inhalts der hausärztlichen Versorgung erfolgt nicht eine Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit über die Fachgebietsgrenzen hinaus. Vielmehr wird die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung bereits bestehenden Arztgruppen zugeordnet und von diesen Ärzten im Rahmen ihres Fachgebietes der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin oder der Kinderheilkunde wahrgenommen. Soweit der durch die Fachgebietsgrenzen definierte Inhalt des Tätigkeitsumfangs aufgrund der Teilnahme des Facharztes an der hausärztlichen Versorgung eingeschränkt wird, stellt dies eine der Legitimation bedürfende Regelung der Berufsausübung, nicht hingegen die Schaffung eines neuen Berufsbildes dar.

Eine Überschreitung der Kompetenz aus Art 74 Abs 1 Nr 12 GG durch die Gliederung des vertragsärztlichen Versorgungsbereichs und die Zuordnung bestimmter Arztgruppen zu den Teilbereichen kann auch nicht damit begründet werden, daß der Gesetzgeber des

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

GSG in § 95a SGB V, eingefügt mit Wirkung vom 1. Januar 1994 (Art 1 Nr 52, Art 35 Abs 3 GSG), einen neuen Hausarzttypus geschaffen und damit gegen die Kompetenz der Länder zur Regelung des ärztlichen Weiterbildungsrechts verstoßen habe (so aber M. Heinze, Gutachten, 19 ff; ders, MedR 96, 252, 256; Hufen, Gutachten, 10 f; Schneider, MedR 1995, 175, 177, 179). Die Vorschrift stellt für die Eintragung in das Arztregister für Vertragsärzte, die Voraussetzung für die vertragsärztliche Zulassung ist (§ 95 Abs 2 SGB V), bestimmte Qualifikationsmerkmale auf, die erfüllt werden müssen. Sie legt im einzelnen fest, daß für die Eintragung neben der Approbation als Arzt der erfolgreiche Abschluß entweder einer allgemeinmedizinischen Weiterbildung oder einer Weiterbildung in einem Fachgebiet vorliegen (Abs 2 aa0) und welchen Mindestanforderungen eine allgemeinmedizinische Ausbildung gerecht werden muß, um als Eintragungsqualifikation anerkannt zu werden. Zielrichtung der Regelung ist damit nicht die Bestimmung des - in die Kompetenz der Bundesländer fallenden - allgemeinen ärztlichen Weiterbildungsrechts, zumal § 95a Abs 2 Satz 1 SGB V ausdrücklich auf die landesrechtliche Berechtigung zur Führung von Facharztbezeichnungen Bezug nimmt. Es werden vielmehr die Eingangsvoraussetzungen für die Teilnahme von allgemeinmedizinisch tätigen Ärzten an der vertragsärztlichen Versorgung normiert. Da dem Allgemeinmediziner insbesondere in seiner hausärztlichen Versorgungsfunktion innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung eine einzigartige Steuerungsfunktion zukommt (Begr zum Entwurf des GSG, BT-Drucks 12/3608, S 94, zu Nr 49), kann dem Bundesgesetzgeber die Kompetenz aus Art 74 Abs 1 Nr 12 GG nicht abgesprochen werden, für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Zugangsvoraussetzungen zur Teilnahme von Allgemeinärzten an der vertragsärztlichen Versorgung iS spezieller Qualifikationen zu regeln. Demgemäß sind im Gesetzgebungsverfahren von einzelnen Bundesländern zunächst erhobene Bedenken gegen die Zuständigkeit des Bundes von diesen nicht weiter verfolgt worden.

Die Vorschriften des § 73 Abs 1 und Abs 1a SGB V erweisen sich gleichfalls als verfassungsmäßige Regelungen der Berufsausübung der Vertragsärzte iS von Art 12 Abs 1 Satz 2 GG. Die Aufgliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und in einen fachärztlichen Versorgungsbereich (§ 73 Abs 1 SGB V) 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 gemäß § 87 Abs 2 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

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Leistungen ausschließlich der haus- bzw der fachärztlichen Versorgungsform zugerechnet werden und deshalb nur noch von dem Arzt abgerechnet werden können, der im jeweiligen Bereich tätig ist. Insofern handelte es sich um vergütungsrechtliche Konsequenzen, die den Schutzbereich der Berufsausübungsfreiheit und nicht der Berufswahl berühren (vgl BVerfGE 68, 193, 218; 70, 1, 28 f; 88, 145, 159).

Der Stärkung der hausärztlichen Versorgung dient zunächst die Einführung einer besonderen Honorierung der in § 73 Abs 1 Satz 2 SGB V beschriebenen spezifischen Versorgungsformen im EBM (§ 87 Abs 2a Satz 3 SGB V: hausärztliche Grundvergütung), für deren Finanzierung ua Einsparungen zu verwenden waren, die durch die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei den Laborleistungen erzielt wurden (§ 85 Abs 4a S 1 SGB V). Darüber hinaus sind im EBM weitere, nur vom Hausarzt abrechenbare Leistungen festzulegen (Abs 2 Satz 4 aaO). Zudem haben 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 Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) nachgekommen. Sie haben durch den Abschluß des Vertrages über die hausärztliche Versorgung (Hausarztvertrag) vom 6. September 1993 (Deutsches Ärzteblatt 1993, C-1837) geregelt, welche speziellen Leistungen in der hausärztlichen Versorgung nicht abrechnungsfähig sind. Im EBM 1996 (Deutsches Ärzteblatt 1995, Beilage zu Heft 39) sind die Leistungen bestimmt, die nur von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzten abgerechnet werden können. Die aus diesen Vergütungsregelungen folgenden Beschränkungen betreffen die Berufsausübung, nicht aber den Status des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes. Sie haben eine geringere Intensität als etwa die Bindung des Facharztes an sein Fachgebiet, wie sie sich aus dem allgemeinen Berufsrecht mit Wirkung auch für das Vertragsarztrecht und damit für die Abrechnungsfähigkeit vertragsärztlicher Leistungen ergibt (vgl zuletzt BSG SozR 3-2500 § 95 Nr 9 S 34 f).

Berufausübungsregelungen 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 ihn rechtfertigenden Gründe die Grenze der Zumutbarkeit noch gewahrt ist (BVerfGE 94, 372, 390; vgl auch BVerfGE 68, 193, 218; 70, 1, 28). Die Aufgliederung der vertragsärztlichen Versorgung in die Versorgungsbereiche der haus- und der fachärztlichen Versorgung mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen für die Leistungserbringer wird den aufgezeigten Anforderungen gerecht (aA: Broglie in: Der Internist 1994, M 159 ff). Die Regelungen dienen zunächst dem Ziel, ökonomische Fehlentwicklungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zu beseiti-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

gen und damit die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern. Sie wollen zugleich auch die Qualität der Grundversorgung der Patienten fördern. Bei beiden Gesichtspunkten handelt es sich um Gemeinwohlbelange, die Berufsausübungsregelungen durch den Gesetzgeber zu tragen geeignet sind (vgl für die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenkassenversicherung BVerfGE 68, 193, 218; 70, 1, 26, 29).

Diese Ziele erschließen sich insbesondere unter Berücksichtigung der sachverständigen Stellungnahmen, auf deren Grundlage die Regelungen ergangen sind. Bereits im Jahresgutachten 1988 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen ist kritisiert worden, daß die durch den Wissenszuwachs in der Medizin und die technische Entwicklung fortschreitende Spezialisierung - nicht zuletzt unter dem Einfluß der bestehenden Honorierungsformen - voll in den Bereich der ambulanten Versorgung hineingetragen worden sei und dementsprechend der Anteil der Gebietsärzte an allen niedergelassenen Kassenärzten im Laufe der letzten Jahre zugenommen habe (aaO, S 191, 194 f). Diese Entwicklung verteuere die Versorgung, da die Zahl der Überweisungen mit dem Angebot an Gebietsärzten ansteige und bei ihnen teilweise sehr aufwendige Verfahren und Geräte zum Einsatz kämen. Der Sachverständigenrat hat deshalb unter Abwägung von Vor- und Nachteilen eines direkten Gebietsarztzuganges empfohlen, daß Patienten grundsätzlich als erstes den Hausarzt in Anspruch nehmen sollten. Nur so könne dieser die ihm zugedachte Filter- und Verteilerfunktion optimal ausüben (aaO, S 196).

Der Gesetzgeber hat diese Vorschläge aufgegriffen und in § 73 Abs 1 SGB V idF des GRG vom 20. Dezember 1988 (BGBl I 2477) bestimmt, daß die kassenärztliche Versorgung sich in die hausärztliche und in die fachärztliche Versorgung gliedere (Satz 1 aaO), wobei Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung durch die Vertragsparteien der Bundesmantelverträge bestimmt werden sollten (Satz 2 aaO).

Im Jahresgutachten 1989 hat der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen neben anderem wiederum vorgeschlagen, zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Sicherung der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung ein primärärztliches Versorgungssystem einzuführen, in dem der Versicherte den Zugang zum Gesundheitssystem nur über einen Primärarzt erreichen kann. Eine spezialärztliche Behandlung soll danach grundsätzlich nur auf Anforderung des Primärarztes möglich sein (aaO, S 207 ff, insbesondere S 209 mit der Darlegung der Vorteile des Primärarztsystems).

In der Folgezeit hat die Enquetekommission des Deutschen Bundestages in ihrem Endbericht "Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung" (BT-Drucks 11/6380 vom 12. Februar 1990) das Verhältnis zwischen medizinischer Grundversorgung und spezi-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

alärztlicher Behandlung untersucht und wesentliche ökonomische Mängel des Systems festgestellt, sowohl was eine gesundheitspolitisch und ökonomisch sinnvoll abgestufte, koordinierte ambulante ärztliche Betreuung als auch die Qualität der Versorgung betraf (BT-Drucks aaO, S 62 f). Die Enquetekommission forderte deshalb zur Vermeidung einer medizinisch fragwürdigen Behandlungsvielfalt sowie zum Abbau schichtenspezifischer Unterschiede bei der Inanspruchnahme des Versorgungsangebotes, daß der Hausarzt in das Zentrum der kassenärztlichen Versorgung gestellt werde (aaO, S 72).

Nachdem es zu einer Ausfüllung des Regelungsauftrages des § 73 Abs 1 Satz 2 SGB V idF des GRG durch die Partner des BMV-Ä nicht gekommen war, hat der Gesetzgeber die Vorschrift des § 73 Abs 1 SGB V im GSG vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266) neu gefaßt. In der Begründung des Gesetzentwurfs heißt es hierzu, der gesetzliche Auftrag an die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, die kassenärztliche Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung zu gliedern, werde konkretisiert, um die notwendigen Grundlagen für die Aufwertung der hausärztlichen Tätigkeit sowie für die kassenärztliche Bedarfsplanung zu schaffen (BT-Drucks 12/3608, S 72, S 83 zu Nr 33).

Die angestrebten Ziele, nämlich die Zurückdrängung kostensteigender Entwicklungen aufgrund der ständigen Zunahme spezieller fachärztlicher Leistungen und die Verbesserung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgungsstruktur, sollten durch die Stärkung der Funktion des Hausarztes erreicht werden. Die genannten Gemeinwohlbelange rechtfertigen die mit den gesetzgeberischen Maßnahmen verbundenen Eingriffe in die Berufsausübung der betroffenen Vertragsärzte.

Die funktionale Gliederung der Versorgungsbereiche sowie die Zuordnung bestimmter Arztgruppen hierzu ist - neben vielen anderen - ebenfalls 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. Diese Einschätzung ist nur zu beanstanden, wenn das eingesetzte Mittel objektiv ungeeignet ist (vgl BVerfGE 73, 301, 315 mwN). Das ist indessen nicht der Fall; denn es ist ohne weiteres nachvollziehbar, daß 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 (vgl Ebsen, VSSR 1996, 351, 365; Schneider, Handbuch aaO, RdNr 256; vgl zu aktuellen Überlegungen zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung: Oldiges, DOK 1997, 75 ff).

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Die Ausschließlichkeit der gesetzlichen Zuweisung der Arztgruppen in die jeweiligen Versorgungsbereiche ist auch erforderlich, weil dem Gesetzeszweck nicht durch eine weniger einschneidende Regelung entsprochen werden kann. Weniger belastend wäre zwar die in dem dem Senatsurteil vom heutigen Tage - 6 Rka 58/96 - zugrundeliegenden Urteil des SG Düsseldorf vom 29. Mai 1996 befürwortete Maßnahme, nach der der jeweilige Patient in Ausübung der freien Arztwahl (§ 76 Abs 1 Satz 1 SGB V) den Arzt bestimmt, der als Arzt seines besonderen Vertrauens hausärztlich tätig wird. Eine Regelung dieser Art wäre jedoch gerade nicht geeignet, den beabsichtigten Gesetzeszweck zu verwirklichen. Das Gesetz sieht es nicht als ausreichend an, daß irgendein Vertragsarzt, gleichgültig, in welchem Fachgebiet er tätig ist, die in § 73 Abs 1 Satz 2 SGB V näher beschriebenen - hausärztlichen - Versorgungsaufgaben wahrnimmt. Ihm liegt vielmehr die Vorstellung zugrunde, daß die Wahrnehmung der Hausarztfunktion durch einen Arzt mit spezifischer Qualifikation geschieht, dessen Behandlung auf die umfassende ärztliche Betreuung eines Patienten ausgerichtet ist. Es ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn der Gesetzgeber, wie sich aus § 73 Abs 1 iVm § 73 Abs 1a Satz 1 SGB V ergibt, im Rahmen einer unvermeidlichen Typisierung die besondere Eignung zur hausärztlichen Betreuung in erster Linie bei den Allgemeinärzten, aber auch bei denjenigen Gebietsärzten wie etwa den Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung, die bisher schon vorrangig in der hausärztlichen Versorgung tätig waren, sieht. Der Gesetzgeber ist nicht soweit gegangen, der Anregung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zu folgen, ein Primärarztsystem einzuführen (vgl Jahresgutachten 1989, S 209), also den Zugang der Versicherten zu einem Facharzt zwingend an die Überweisung durch einen Hausarzt zu binden. Mit der Umsetzung dieser Vorschläge wären tiefgehende Einschnitte in das bestehende System der vertragsärztlichen Versorgung verbunden gewesen. Er hat vielmehr das mildere Mittel gewählt, das Leistungsverhalten der Vertragsärzte über Vergütungsanreize zu steuern. Mit der durch die Schaffung von Vergütungsanreizen beabsichtigten Lenkung der Leistungserbringung soll ua erreicht werden, daß ggf bei einem Patienten erforderliche spezialisierte Diagnose- und Therapiemaßnahmen durch einen nicht in einem bestimmten Leistungsspektrum spezialisierten, aber gleichwohl fachlich kompetenten Arzt koordiniert werden. Diese Funktion kann ein - je nach Gesundheitszustand und Behandlungserwartung des Patienten häufig wechselnder - spezialisierter Facharzt, der sich auf die Behandlung bestimmter Gesundheitsstörungen beschränkt hat und der deshalb typischerweise nicht den insoweit erforderlichen allgemeinen breiten Kenntnis- und Erfahrungsstand gewährleisten kann, nicht wahrnehmen.

Auswirkungen dieser Stärkung der hausärztlichen Funktion durch die dargestellten Anreize im Vergütungssystem, die zur Unzumutbarkeit des Eingriffs für die Gruppen der hausärztlich oder der fachärztlich tätigen Internisten führen könnten, sind nicht geltend gemacht. Sie sind auch nicht ersichtlich, weil beiden Arztgruppen im wesentlichen die bisherigen Versorgungsbereiche, in denen sie tätig waren, erhalten bleiben.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Insbesondere erweist sich die Zuordnung von Internisten mit Teilgebietsbezeichnungen ausschließlich zur fachärztlichen Versorgung als zumutbarer Eingriff in deren Berufsausübung; denn es handelt sich bei ihnen um Ärzte, die in eng abgegrenzten Versorgungsteilbereichen hochspezialisierte Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahmen durchführen. Das wird durch die Anforderungen des allgemeinen ärztlichen Berufsrechts an den Erwerb von Teilgebietsbezeichnungen, die nach der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992), an die die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammer anschließen, als Schwerpunkte bezeichnet werden, verdeutlicht. Dem Fachgebiet der Inneren Medizin sind neben dem Teilgebiet (Schwerpunkt) Endokrinologie folgende Schwerpunkte zugeordnet: Angiologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie und Rheumatologie. Der Erwerb der Teilgebietsbezeichnung setzt neben der allgemein internistischen Weiterbildungszeit von sechs Jahren die Ableistung einer zusätzlichen Weiterbildungszeit von zwei Jahren voraus. Die Weiterbildung im Bereich des Schwerpunktes Endokrinologie, also der Lehre von der Morphologie und Funktion endokriner Drüsen und von den Hormonen sowie deren Regelungs- und Wirkungsmechanismen, umfaßt die Erkennung und nicht operative Behandlung endokriner Erkrankungen, deren Auswirkungen auf metabolische Prozesse und Gewebe sowie die Stoffwechselleiden, einschließlich der Intensivtherapie. Inhalt und Ziel der Weiterbildung ist die Vermittlung, der Erwerb und Nachweis besonderer Kenntnisse und Erfahrungen in Prophylaxe und Diagnostik und Therapie endokriner Erkrankungen und Stoffwechselleiden einschließlich der endokrinologischen Funktionsteste und Intensivtherapie. Hierzu gehören nach der Muster-Weiterbildungsordnung ua besondere Kenntnisse und Erfahrungen in Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie und Biochemie von Stoffwechselstörungen und den hormonalen Regelkreisen; in Prophylaxe, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie endokrinologischer Erkrankungen und Stoffwechselleiden einschließlich ihres Verlaufes und ihrer Langzeitprognose; in der Methodik und Durchführung der speziellen Laboruntersuchungen sowie der Bewertung der Befunde; in der Beurteilung von Röntgenbefunden und anderen bildgebenden und analytischen Verfahren; in der Indikationsstellung, Durchführung und Bewertung von Belastungstesten; Analysen des Stoffwechsels und der hormonalen Sekretion; in Indikation, Durchführung und Bewertung der Katheteruntersuchungen des Schwerpunktes; in der Sonographie endokriner Organe, auch mit Feinnadelbiopsie; in der Indikationsstellung zur Operation, zur Strahlentherapie und zur Radionuklidtherapie und in Indikation und Bewertung nuklearmedizinischer in-vivo-Untersuchungen endokriner Organe. Nach den Muster-Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (nach dem Beschluß des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 7. April 1994), die die inhaltlichen Voraussetzungen für den Erwerb der Teilgebietsbezeichnung (Schwerpunkt) festlegen, ist die Durchführung zahlreicher hochspezialisierter Untersuchungen und Laboruntersuchungen nachzuweisen (vgl Ab-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

schnitt 15.C.2 - Schwerpunkt Endokrinologie - der Muster-Richtlinien). Vor dem Hintergrund dieser Weiterbildungsinhalte und -anforderungen in den Teilgebieten der Inneren Medizin kann die Maßnahme des Gesetzgebers, die Internisten mit Teilgebietsbezeichnung der fachärztlichen Versorgung zuzuordnen und sie damit im Ergebnis von der Abrechenbarkeit einiger als spezifisch hausärztlich bewerteter Leistungen auszuschließen, nicht als unzumutbarer Eingriff bewertet werden; sofern nämlich diese Internisten in der hausärztlichen Versorgung tätig sind, ist es nicht zu beanstanden, daß der Gesetzgeber hierin eine Fehlentwicklung gesehen hat, deren Aufrechterhaltung nicht geboten sein kann.

Die Aufgliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich mit der Zuordnung der jeweiligen Arztgruppen hierzu ist auch mit dem Gleichheitssatz des Art 3 Abs 1 GG vereinbar. Nach dieser Norm ist der Gesetzgeber gehalten, Gleiches gleich und Ungleiches seiner Eigenart entsprechend verschieden zu behandeln (BVerfGE 93, 386, 396). Damit ist dem Gesetzgeber allerdings nicht jede Differenzierung verwehrt. Er verletzt das Grundrecht vielmehr nur, wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, daß sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten. Entsprechendes gilt für die Gleichbehandlung von wesentlich Ungleichem. Aus Wortlaut und Sinn des Art 3 Abs 1 GG ergeben sich nach Auffassung des BVerfG zudem je nach Regelungsgegenstand und Differenzierungsmerkmalen unterschiedliche Grenzen für den Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers, die in einer abgestuften Kontrolldichte der Gerichte ihre Entsprechung finden. So ist bei der Ungleichbehandlung von Sachverhalten, die nicht zugleich mittelbar eine Ungleichbehandlung von Personengruppen bewirken oder sich nachteilig auf die Ausübung grundrechtlich geschützter Freiheiten auswirken, als Maßstab nur das Willkürverbot heranzuziehen. Ein Verstoß gegen Art 3 Abs 1 GG kann dann nur festgestellt werden, wenn die Unsachlichkeit der Differenzierung evident ist. Dagegen unterliegt der Gesetzgeber bei Ungleichbehandlungen von Personengruppen oder von Sachverhalten, die solches mittelbar bewirken oder sich auf die Wahrnehmung von Grundrechten nachteilig auswirken, einer strengen Bindung an Verhältnismäßigkeitserfordernisse. Hier haben die Gerichte im einzelnen nachzuprüfen, ob für die vorgesehene Differenzierung Gründe von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, daß sie die ungleichen Rechtsfolgen rechtfertigen können (vgl zB BVerfGE 88, 87, 96 f).

Für die durch § 73 Abs 1a SGB V entweder der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung zugeordneten Arztgruppen sind Verstöße gegen den Gleichheitssatz des Art 3 Abs 1 GG nicht zu erkennen. Vielmehr rechtfertigt sich die in der unterschiedlichen Zuordnung liegende Ungleichbehandlung der Arztgruppen aufgrund der bestehenden Unterschiede in der vorhandenen Qualifikation (vgl nochmals BT-Drucks 12/3608 aaO).

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Einerseits ist der Arzt für Allgemeinmedizin oder der Arzt ohne Gebietsbezeichnung mangels seiner Qualifikation für hochspezialisierte Leistungen zur Erbringung der hausärztlichen Leistungen der Betreuung, Koordination und Dokumentation berufen, während andererseits der Arzt für Innere Medizin mit einer Teilgebietsbezeichnung typischerweise zu spezialisierten fachärztlichen Leistungen qualifiziert ist. Diese unterschiedlichen Qualifikationen für ärztliche Tätigkeiten werden zudem in § 6 Abs 1 des Hausarztvertrages aufgenommen, der bestimmt, daß in der hausärztlichen Versorgung diejenigen ärztlichen Leistungen nicht vergütet werden können, 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 einer fakultativen Weiterbildung in diesem Fachgebiet erworben werden können (aaO Satz 1). Ergänzend hierzu legt Satz 2 aaO fest, daß Leistungen im Fachgebiet der Inneren Medizin oder der Kinderheilkunde, für welche eingehende Kenntnisse und Erfahrungen vorrangig im Rahmen der Weiterbildung im Schwerpunkt oder in einer fakultativen Weiterbildung oder zum Erwerb einer Fachkunde erworben werden können, durch eine zu erstellende Liste über die abrechnungsfähigen Leistungen insoweit ausgeschlossen werden können, als sie den Rahmen der hausärztlichen Versorgung überschreiten. Diese Leistungen sind in der Liste zu § 6 Abs 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung (Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 17. März 1994, Deutsches Ärzteblatt 1994, A - 916, neu gefaßt durch Vereinbarung vom 11. Dezember 1995 mit Wirkung ab 1. Januar 1996 - Deutsches Ärzteblatt 1995, C - 2325) enthalten. Soweit in ihr Leistungen von der Abrechnungsfähigkeit durch den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten ausgenommen worden sind, für die in den Fachgebieten der Inneren Medizin eingehende Kenntnisse und Erfahrungen ausschließlich oder vorrangig im Rahmen der Weiterbildung im Schwerpunkt, in einer fakultativen Weiterbildung oder zum Erwerb einer Fachkunde erworben werden können (vgl zum Ganzen: Information der KBV, Deutsches Ärzteblatt 1994, A - 916), liegt ein sachlicher Grund für den Ausschluß der Abrechnungsfähigkeit darin, daß den Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung schon nach ärztlichem Weiterbildungsrecht die Erbringung dieser Leistungen nicht möglich ist. Sofern darüber hinaus die Abrechnungsfähigkeit einzelner Leistungen ausgeschlossen worden ist, die berufsrechtlich nicht den Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in einer zusätzlichen Weiterbildung voraussetzen, ist nicht zu bestanden, daß die Vertragspartner des BMV-Ä diese Leistungen aus der hausärztlichen Versorgung herausgenommen haben, weil sie von ihrer Struktur her der spezialisierten fachärztlichen Versorgung zuzurechnen sind und in diesem Versorgungsbereich erbracht werden können.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Die von der Revision gerügten Verstöße der Absätze 1 und 1a des § 73 SGB V gegen Art 1 und Art 2 GG sind dem Senat - auch mangels weitergehender Begründung der Revision - nicht ersichtlich.

Nach alledem war die Revision des Klägers zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

JLaw – für Android
JLaw – für iOS