# BUNDESSOZIALGERICHT

Verkündet am
17. September 1997

## Im Namen des Volkes

## Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 92/96

.....,

Kläger und Revisionsbeklagter,

Prozeßbevollmächtigte: .....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe,
Robert-Schimrigk-Straße 4-6, 44141 Dortmund,

Beklagte und Revisionsklägerin,

beigeladen:

1. Kassenärztliche Bundesvereinigung,
   Herbert-Lewin-Straße 3, 50931 Köln,

2. AOK-Bundesverband,
   Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn,

Revisionskläger,

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

4. Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
   Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg,

5. Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
   Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen,

6. IKK-Bundesverband,
   Friedrich-Ebert-Straße, 51429 Bergisch Gladbach,

Revisionskläger,

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

7. Bundesknappschaft,
   Pieperstraße 14/28, 44789 Bochum,

8. Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
   Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 17. September 1997 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n , die Richter K r u s c h i n s k y und Dr. C l e m e n s sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. B a u c h und Dr. S e b a l d für Recht erkannt

Die Revision des Beigeladen zu 6) gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 22. Oktober 1996 wird verworfen.

Auf die Revisionen der Beklagten und des Beigeladenen zu 2) wird das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 22. Oktober 1996 aufgehoben.

Die Klage wird abgewiesen.

Der Kläger hat der Beklagten die Kosten des Rechtsstreits zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Der Kläger, der als Internist ohne Teilgebietsbezeichnung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, nahm in den Jahren 1994 und 1995 an der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen teil. Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) lehnte die Bezahlung der hausärztlichen Vergütung aufgrund der Regelung des Kapitels B Abschnitt I. Nr. 1 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in den Behandlungsfällen ab, in denen der Kläger eine oder mehrere - spezialisierte fachärztliche - Leistungen abgerechnet hatte, die in der Liste zu § 6 Abs 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung (Hausarztvertrag) aufgeführt sind. Die Gewährung der hausärztlichen Vergütung sei deshalb in diesen Behandlungsfällen ausgeschlossen.

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

Das Sozialgericht (SG) hat den für das Quartal II/1994 ergangenen Honorarbescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Februar 1995 sowie die später für die Quartale III/1994 bis IV/1995 ergangenen Honorarbescheide abgeändert und die Beklagte zur Neubescheidung verurteilt. Es hat die Regelungen des Kapitels B I. 1. EBM als unwirksam angesehen, weil die hierfür erforderliche gesetzliche Grundlage nicht gegeben sei (Urteil vom 22. Oktober 1996, MdR 1997, 235).

Mit ihren vom SG zugelassenen Sprungrevisionen rügen die Beklagte und der zu 2) beigeladene AOK-Bundesverband eine fehlerhafte Anwendung insbesondere des § 87 Abs 2a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Zu Unrecht habe das SG angenommen, die in Kapitel B I. 1. EBM iVm § 6 Abs 2 Hausarztvertrag normierte Regelung über den Ausschluß der hausärztlichen Grundvergütung bei Abrechnung fachärztlicher Leistungen im jeweiligen Behandlungsfall könne sich nicht auf § 87 Abs 2a Satz 3 SGB V stützen. Richtigerweise ermächtige diese Vorschrift die Partner des Bewertungsausschusses zur Schaffung einer Behandlungsfallpauschale ungeachtet der im einzelnen Behandlungsfall erbrachten hausärztlichen Leistungen. Das Gesetz berechtige den Bewertungsausschuß weiterhin abzugrenzen, wann hausärztliche Versorgung vorliegt und in welchen Behandlungsfällen fachärztliche Leistungen überwiegen. Insoweit habe sich der Bewertungsausschuß zu einer Verweisung auf die von den Partnern des Bundesmantelvertrages im Hausarztvertrag getroffenen Regelungen entschlossen, was rechtlich nicht zu beanstanden sei.

Die Beklagte, der Beigeladene zu 2) sowie die Beigeladenen zu 1) und 3) beantragen,

> das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 22. Oktober 1996 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Beigeladene zu 6), der nach Ablauf der Revisionsfrist, ohne die Zustimmungserklärung des Gegners beizufügen, Sprungrevision eingelegt hat, stellt keinen Antrag. Er schließt sich der Revisionsbegründung der Beklagten an.

Der Kläger beantragt,

> die Revisionen der Beklagten sowie der Beigeladenen zu 2) und 6) zurückzuweisen.

Er schließt sich dem angefochtenen Urteil an und betont, daß sich eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage für Kapitel B I. 1. EBM nicht aus § 87 Abs 2a Satz 3 SGB V ergebe. Die Vorschrift bestimme ausdrücklich, daß die hausärztliche Vergütung jeder Vertragsarzt beanspruchen könne, der hausärztliche Leistungen erbringe, ohne daß es darauf ankomme, ob er ausschließlich hausärztlich tätig sei. Der Ausschluß der hausärztlichen Vergütung bei Erbringung fachärztlicher Leistungen lasse sich nicht als Kompensation der Selbstbeschränkung des Vertragsarztes rechtfertigen, weil die Gebührenordnung

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

im allgemeinen nur eine Vergütung für das Erbringen und nicht für das Unterlassen von Leistungen vorsehe. Im übrigen seien die Regelungen des SGB V über die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich verfassungswidrig, weil dem Bundesgesetzgeber die Gesetzgebungskompetenz zum Erlaß dieser Vorschriften fehle. Sie seien zudem als Berufsausübungsregelungen von erheblicher Eingriffsintensität anzusehen, die sich durch die verfolgten Gesetzeszwecke nicht rechtfertigen ließen.

II

Die Revision des Beigeladenen zu 6) ist unzulässig. Sie ist weder innerhalb der gesetzlichen Frist von einem Monat nach Zustellung des angefochtenen Urteils eingelegt worden (§ 164 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz <SGG>), noch war ihr die für die Sprungrevision erforderliche Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt (§ 161 Abs 1 Satz 3 SGG). Schließlich ist sie auch nicht als - nicht fristgebundene - unselbständige Anschlußrevision zulässig, denn sie hält sich nicht angriffsweise innerhalb der Revisionen der Beklagten und des Beigeladenen zu 2) (vgl BSGE 8, 24, 29, 30). Vielmehr verfolgt sie sinngemäß dasselbe Prozeßziel.

Die zulässigen Revisionen der Beklagten und des Beigeladenen zu 2) sind begründet.

Entgegen der Auffassung des SG hat es die Beklagte zu Recht abgelehnt, dem Kläger neben der Vergütung für die erbrachten Leistungen zusätzlich die hausärztliche Vergütung in denjenigen Behandlungsfällen zu zahlen, in denen dieser eine oder mehrere Leistungen abgerechnet hat, die in der Liste zu § 6 Abs 2 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung (Hausarztvertrag) aufgeführt sind.

Die Regelung über die Gewährung der hausärztlichen (Grund-)Vergütung für die Wahrnehmung der besonderen hausärztlichen Versorgungsfunktion durch den behandelnden Vertragsarzt ist mit Wirkung vom 1. April 1994 in den EBM und dem folgend in den Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (BMÄ) und in die Ersatzkassen-Gebührenordnung (EGO) aufgenommen worden (Beschluß des Bewertungsausschusses über die Neuaufnahme des Gebührenordnungsunterabschnitts B I. Nr 1, veröffentlicht in DÄ 91, Heft 11 vom 18. März 1994, C-514). Die hausärztliche Vergütung je kurativ-ambulanten Behandlungsfall war ab dem 1. April 1994 mit 45 Punkten, ab dem 1. Januar 1995 mit 90 Punkten bewertet.

Die Vorschrift des EBM (Kapitel B I. Nr 1 Satz 1) definiert die hausärztliche Vergütung als solche gemäß § 87 Abs 2a SGB V. In der insoweit in Bezug genommenen Norm wird der Bewertungsausschuß zur Schaffung einer auf den Behandlungsfall bezogenen Bewertung

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

für die üblicherweise von Hausärzten erbrachten Leistungen verpflichtet (Abs 2a Satz 3 aaO). Nach den Sätzen 2 und 3 der genannten Regelung des EBM sind - neben anderen - diejenigen Fälle von der hausärztlichen Vergütung je Behandlungsfall ausgenommen, auf deren Behandlungsausweise eine oder mehrere der Leistungen abgerechnet werden, die in der Liste zu § 6 Abs 2 des - zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen am 6. September 1993 geschlossenen - Hausarztvertrages (DÄ 1993, C-1837) aufgeführt sind (fachärztliche Leistungen). In der - ebenfalls von den Partnern des Hausarztvertrages vereinbarten - Liste (Vereinbarung vom 17. März 1994 - DÄ 91, 1994, A-916) sind, wie es in § 6 Abs 2 Satz 1 Hausarztvertrag heißt, solche Leistungen verzeichnet, die in der hausärztlichen Versorgung nicht vergütet werden. Die Vereinbarung vom 17. März 1994 schließt die Vergütung solcher Leistungen in der hausärztlichen Versorgung jedoch erst ab dem 1. Januar 1996 aus (Punkt 1 aaO). Darüber hinaus dürfen nach der Übergangsregelung des § 9 Hausarztvertrag diejenigen Vertragsärzte, welche in der vertragsärztlichen Versorgung nachweislich vor dem 1. Januar 1994 regelmäßig ärztliche Leistungen der Liste nach § 6 Hausarztvertrag abgerechnet haben, solche Leistungen längstens bis zum 31. Dezember 2002 erbringen und abrechnen.

Somit erlauben die Regelungen des EBM und des Hausarztvertrages den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Internisten, die in der Liste zu § 6 Abs 2 des Hausarztvertrages genannten Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen weiterhin zu erbringen und abzurechnen. Ihnen steht aber im jeweiligen Behandlungsfall, in dem eine dieser Leistungen abgerechnet worden ist, kein Anspruch auf die hausärztliche Vergütung gemäß Nr. 1 des Kapitel B I. EBM zu.

Die Regelung des EBM (Kapitel B I. Nr 1) beruht auf der Ermächtigungsgrundlage des § 87 Abs 2a Satz 3 SGB V und ist durch sie gedeckt. Diese durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) mit Wirkung vom 1. Januar 1993 eingefügte Vorschrift (Artikel 1 Nr 45 Buchstabe b, Artikel 35 Abs 1 GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266) enthält einen Auftrag an den Bewertungsausschuß, für die üblicherweise von Hausärzten erbrachten Leistungen, insbesondere für die Betreuungs-, Koordinations-, und Dokumentationsleistungen, eine auf den Behandlungsfall bezogene Bewertung vorzunehmen (hausärztliche Grundvergütung). Ergänzend bestimmt Satz 4 aaO, daß im EBM weitere, nur vom Hausarzt abrechenbare Leistungen festzulegen sind. § 87 Abs 2a Satz 3 SGB V setzt damit auf der Ebene der Bewertung ärztlicher Leistungen als maßgeblicher Grundlage für deren Vergütung (zur Bedeutung des EBM für den Vergütungsanspruch s Urteil des Senats vom 17. September 1997 - 6 RKa 36/97 - zur Veröffentlichung vorgesehen) die Entscheidung des Gesetzgebers um, die vertragsärztliche Versorgung in einen hausärztlichen und in einen fachärztlichen Versorgungsbereich zu gliedern und die in der vertragsärztlichen Versorgung bestehenden Arztgruppen den jeweiligen Versorgungsbereichen zuzuordnen (§ 73 Abs 1 und Abs 1a SGB V; die Verfassungsmäßigkeit dieser Regelung bejahend:

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

Urteile des Senats vom 18. Juni 1997 - 6 RKa 58/96 - zur Veröffentlichung vorgesehen, - 6 RKa 63/96 und 13/97 -). Der Gesetzgeber hat diese funktionale Gliederung der Versorgungsbereiche als ein 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 (zum Ganzen: Urteile des Senats vom 18. Juni 1997 - aaO). Als Folgeregelung zu dieser Grundentscheidung des Gesetzgebers will § 87 Abs 2a Satz 3 SGB V über die Schaffung einer speziellen Vergütungspauschale für die typischen hausärztlichen Versorgungsfunktionen eine Verbesserung der hausärztlichen Vergütung bewirken und auf diese Weise den Anreiz zur Wahrnehmung der Hausarztfunktion erhöhen (vgl Begründung des Gesetzentwurfs zum GSG der Fraktionen der CDU/CSU, SPD und FDP, BT-Drucks 12/3608, S 89, zu Nr 92).

Der gesetzlichen Verpflichtung des Bewertungsausschusses, für die üblicherweise von Hausärzten erbrachten Leistungen eine hausärztliche Grundvergütung vorzusehen, entspricht seine Berechtigung, die Kriterien festzulegen, bei deren Vorliegen ein Behandlungsfall als hausärztlich zu qualifizieren ist. Sie umfaßt notwendigerweise zugleich die Befugnis, negativ abzugrenzen, welche Behandlungsfälle nicht mehr als hausärztlich geprägt anzusehen sind. Das Vorgehen des Bewertungsausschusses hält sich deshalb im Rahmen der Ermächtigungsgrundlage, auch insoweit, als er festgelegt hat, daß der Behandlungsfall, in dem ein an der hausärztlichen Versorgung teilnehmender Vertragsarzt aufgrund der dargestellten Übergangsregelung zulässigerweise spezialisierte fachärztliche Leistung erbracht hat, nicht mehr als hausärztlich anzusehen ist. Dies hat den Ausschluß der Abrechenbarkeit der hausärztlichen Vergütung gemäß Kapitel B I. Nr 1 im EBM im jeweiligen Behandlungsfall zur Folge.

Die konkrete Umsetzung des Ausschlusses bestimmter Behandlungsfälle von der hausärztlichen Vergütung durch den Bewertungsausschuß ist nicht zu beanstanden. Er hat zwar die fachärztlichen Leistungen, deren Erbringung zu diesem Vergütungsausschluß im jeweiligen Behandlungsfall führt, nicht in den EBM aufgenommen, sondern insoweit auf die Liste zu § 6 Abs 2 des Hausarztvertrages verwiesen. Diese ist auf der Ermächtigungsgrundlage des § 73 Abs 1c Satz 1 SGB V von den Spitzenverbänden der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, also den Partnern des Bundesmantelvertrages (§ 87 Abs 1 SGB V), gemeinsam und einheitlich vereinbart worden. Gegen die Bezugnahme des EBM als normativer Regelung (hierzu zuletzt: Urteil des Senats vom 17. September 1997 - 6 RKa 36/97 - zur Veröffentlichung vorgesehen) auf eine von den genannten Vertragspartnern getroffene Vereinbarung, die von diesen auch verändert werden kann, bestehen auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer dynamischen Verweisung Bedenken. Zwar ist der Bewertungsausschuß ein organisationsrechtlich verselb-

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

ständigtes Organ. Er hat aber nach dem Gesetz die Stellung und Funktion eines Vertragsorgans, durch das die genannten Partner des Bundesmantelvertrages den EBM vereinbaren (§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V). Der EBM ist damit ebenso wie der Hausarztvertrag eine den Partnern der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen zuzurechnende vertragliche Vereinbarung.

Auch inhaltlich ist die Regelung des Kapitels B I. Nr 1 EBM mit der Ermächtigungsgrundlage des § 87 Abs 2a Satz 3 SGB V vereinbar. Bei den insoweit vom EBM in Bezug genommenen Leistungen, die in der Liste zu § 6 Abs 2 des Hausarztvertrages aufgeführt sind, handelt es sich um spezialisierte Leistungen, die - was hier allein zu prüfen ist - nicht dem Kerngebiet der Inneren Medizin zuzurechnen sind. Für ihre Erbringung und Abrechnung ist auf der Grundlage des ärztlichen Weiterbildungsrechts in dem Fachgebiet der Inneren Medizin der Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen ausschließlich oder vorrangig im Schwerpunkt, in einer fakultativen Weiterbildung oder zum Erwerb eine Fachkunde Voraussetzung (§ 6 Abs 1 Hausarztvertrag; vgl hierzu auch die Verlautbarung der KBV, DÄ 91, 1994, A-916). Mit dieser Anknüpfung 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 einem hausärztlichen und einem fachärztlichen Versorgungsbereich angemessen entsprochen. Denn diese im Regelfall spezialisierten Fachärzten vorbehaltenen Leistungen sind typischerweise nicht Bestandteil der hausärztlichen Versorgung. Es erweist sich deshalb als sachgerecht, in den Fällen, in denen solche Leistungen erbracht werden, davon auszugehen, daß im Behandlungsfall nicht die für die hausärztliche Betreuung kennzeichnenden Leistungen im Vordergrund stehen.

Die vom Kläger in den streitigen Behandlungsfällen erbrachten fachärztlichen Leistungen zählen zu den in der Liste zu § 6 Abs 2 des Hausarztvertrages aufgeführten Röntgenleistungen des Kapitels Q EBM. Für deren Erbringung werden eingehende Kenntnisse und Erfahrungen nicht in der Weiterbildung im Fachgebiet der Inneren Medizin erworben. Hierzu gehört lediglich der Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der **Beurteilung** von Röntgenbildern der inneren Organe, der Gefäße sowie des Skelettsystems bei internen Erkrankungen (Abschnitt I Nr 15. Ziffer 1. 8. Spiegelstrich der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer - nach den Beschlüssen des 95. Deutschen Ärztetages 1992 - und der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 30. Januar 1993, die durch Erlaß des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW vom 27. September 1994 genehmigt worden ist <Ministerialbl NW 1994, 1366 ff> - Weiterbildungsordnung -) bzw nach der allgemeinen Beschreibung von Inhalt und Ziel der Weiterbildung die "Deutung von Röntgenbildern des Gebietes". Die Leistungen der Röntgendiagnostik des Skeletts bei internen Erkrankungen und der aufgeführten inneren Organe sind vielmehr Gegenstand der Fachkunde "Internistische Röntgendiagnostik" (vgl Abschnitt I Nr 15. A. 2 der Muster-Weiterbildungs-

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

ordnung). Für den Zeitraum bis zur Genehmigung der Weiterbildungsordnung galt aufgrund der Berufs- und Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 23. April 1977 idF der Änderung vom 23. April 1988 (Ministerialbl NW 1988, 875 ff) nichts anderes. Auch dort wurde bereits als Inhalt der Weiterbildung im Gebiet Innere Medizin die "Deutung von Röntgenbildern des Gebietes" genannt.

Der Senat vermag schließlich auch die geltend gemachten Verfassungsverstöße nicht zu erkennen. Wie er in seinen Urteilen vom 18. Juni 1997 (- 6 RKa 58/96, 63/96, 17/97 -) im einzelnen ausgeführt hat, besaß der Bundesgesetzgeber gemäß Art 74 Abs 1 Nr 12 des Grundgesetzes (GG) die Kompetenz zum Erlaß der Regelung über die Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und in einen fachärztlichen Versorgungsbereich und zur Zuordnung von Arztgruppen zu diesen Versorgungsbereichen. Für die dem folgende Regelung hinsichtlich der Bewertung hausärztlicher Leistungen in § 87 Abs 2a SGB V gilt nichts anderes.

Die genannte Norm und die sie umsetzende Vorschrift des Kapitels B I. Nr 1 EBM erweisen sich auch als verfassungskonforme Regelungen der Berufsausübung der Vertragsärzte iS von Art 12 Abs 1 Satz 2 GG. Der Senat hat bereits zu den Bestimmungen des § 73 Abs 1 und Abs 1a SGB V entschieden, daß es sich bei dieser Grundentscheidung des Gesetzgebers zur Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich um eine verfassungsgemäße Konkretisierung des Grundrechts der Berufsfreiheit handelt (vgl im einzelnen Urteile vom 18. Juni 1997 - 6 RKa 58/96 - zur Veröffentlichung vorgesehen, - aaO). Diese Gesichtspunkte beanspruchen auch für die Regelung des § 87 Abs 2a Satz 3 SGB V und der sie umsetzenden Bestimmung des Kapitels B I. Nr. 1 EBM Gültigkeit. Die Maßnahme wirkt sich über die Zusammenfassung und Bewertung von Leistungen auf der Ebene der vertragsärztlichen Vergütung aus und berührt damit nicht den Zulassungsstatus des Vertragsarztes (vgl insoweit bereits Urteile vom 18. Januar 1997, aaO). Durch die Regelung in Kapitel B I. Nr 1 Sätze 2 und 3 EBM wird der Kläger nicht von der Erbringung (haus-)ärztlicher Leistungen ausgeschlossen. Es wird lediglich festgelegt, daß in Behandlungsfällen, die aufgrund der erbrachten Leistungen typischerweise dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuzurechnen sind, eine hausärztliche Vergütung in Höhe von 45 bzw 90 Punkten je Behandlungsfall nicht zu gewähren ist. Die insoweit getroffene Berufsausübungsregelung ist von geringer Intensität, zumal sie den Kläger von einer Leistung ausschließt, die ohnehin jedenfalls teilweise durch die erbrachte fachärztliche Leistung mitabgegolten ist; denn die mit der hausärztlichen Grundvergütung zu honorierende Dokumentationspflicht ist schon bei der punktmäßigen Bewertung der Röntgenleistungen nach Kapitel Q EBM berücksichtigt. Zur Röntgendiagnostik gehört auch die Beurteilung und die obligatorische schriftliche Befunddokumentation sowie ggf die Eintragung in ein Röntgennachweisheft (vgl Kapitel Q I. EBM). Der auf der Stufe der Berufsausübung liegende Eingriff ist - ebenso wie die ihm zugrundeliegende Grundentscheidung des Gesetzgebers - durch ausreichende Gründe

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

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 ist darüber hinaus geeignet, erforderlich und den Betroffenen angesichts ihrer geringen Intensität auch zumutbar.

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