

# BUNDESSOZIALGERICHT



## Beschluss in dem Rechtsstreit

**Az: B 6 KA 44/12 B**

L 3 KA 72/09 (LSG Niedersachsen-Bremen)  
S 16 KA 483/06 (SG Hannover)

.....,

Kläger und Beschwerdeführer,

Prozessbevollmächtigter:

.....,

g e g e n

Berufungsausschuss Niedersachsen für die Zulassung zur vertragsärztlichen Tätigkeit,  
Berliner Allee 22, 30175 Hannover,

Beklagter und Beschwerdegegner,

beigeladen:

1. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen,  
Berliner Allee 22, 30175 Hannover,
2. AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen,  
Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover,
3. BKK Landesverband Mitte,  
Siebstraße 4, 30171 Hannover,
4. IKK classic,  
Tannenstraße 4b, 01099 Dresden,
5. Landwirtschaftliche Krankenkasse Niedersachsen-Bremen,  
Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover,
6. Verband der Ersatzkassen e.V. - vdek,  
Askanischer Platz 1, 10963 Berlin,
7. entfällt,



**JLaw – Gesetze und Urteile**  
Kostenlos  
Über 200 Gesetze  
Über 100.000 Urteile  
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

8. Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See  
als Trägerin der Kranken- und Pflegeversicherung,  
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 20. März 2013 durch den  
Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richterin Dr. D ü r i n g  
und den Richter E n g e l h a r d sowie den ehrenamtlichen Richter  
Dr. K o r s c h a n o w s k i und die ehrenamtliche Richterin E l s n e r  
beschlossen:

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landes-  
sozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 25. Juli 2012 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens, mit Ausnahme der außergerichtlichen  
Kosten der Beigeladenen.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 31 507 Euro festgesetzt.

#### G r ü n d e :

##### I

- 1 Im Streit steht die Genehmigung der (weiteren) Abrechnung fachärztlicher Leistungen durch den  
an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Kläger.
- 2 Der Kläger ist Facharzt für Chirurgie und für Allgemeinmedizin und nimmt als Facharzt für All-  
gemeinmedizin an der vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der zu 1. beigeladenen Kassen-  
ärztlichen Vereinigung (KÄV) teil. Bis zum Inkrafttreten des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs  
für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) in der ab 1.4.2005 geltenden Fassung (EBM-Ä 2005) rechnete  
der Kläger ua Leistungen der Lasertherapie ab. Den nach Inkrafttreten des neuen EBM-Ä ge-  
stellten Antrag des Klägers, ihm die Genehmigung zur Erbringung von Leistungen nach den  
Nr 10320, 10322, 10324 und 10330 EBM-Ä 2005 zu erteilen, lehnte der Zulassungsausschuss  
für Ärzte unter Hinweis auf das Fehlen eines Sicherstellungsbedarfs ab.
- 3 Widerspruch, Klage und Berufung sind erfolglos geblieben (*Widerspruchsbescheid vom  
20.9.2006, Gerichtsbescheid des SG vom 15.7.2009, Urteil des LSG vom 25.7.2012*). Das LSG  
hat ausgeführt, der Kläger habe keinen Anspruch auf Erteilung der begehrten Genehmigung zur  
Abrechnung fachärztlicher Gebührenordnungspositionen (GOP). Eine analoge Anwendung des  
- ausschließlich für Kinderärzte und Internisten geltenden - § 73 Abs 1a Satz 3 SGB V auf All-



gemeinärzte komme nicht in Betracht. Der Kläger könne sich auch nicht darauf berufen, dass der Zulassungsausschuss einzelnen Ärzten Genehmigungen der hier angestrebten Art erteilt habe, da diese rechtswidrig gewesen seien.

- 4 Gegen die Nichtzulassung der Revision in diesem Urteil hat der Kläger Beschwerde erhoben.

## II

- 5 Die Beschwerde des Klägers hat keinen Erfolg.

- 6 1. Fraglich ist bereits, ob die Beschwerde den Darlegungsanforderungen des § 160a Abs 2 Satz 3 SGG entspricht. Hieran könnten schon deshalb Zweifel bestehen, weil der Kläger nicht konkretisiert, auf welchen Zulassungsgrund er seine Rüge stützen will. Nach § 160a Abs 2 Satz 3 SGG ist in der Beschwerdebegründung zumindest einer der Zulassungsgründe des § 160 Abs 2 SGG darzulegen oder zu bezeichnen (*vgl Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG 10. Aufl 2012, § 160a RdNr 13c*). Ein Zulassungsgrund lässt sich der Beschwerdebegründung allenfalls mittelbar entnehmen, indem der Kläger die Erwartung äußert, dass das BSG seine bisherige Rechtsprechung überdenkt. Dies lässt vermuten, dass der Kläger letztlich die (erneute) grundsätzliche Bedeutung der Sache als Zulassungsgrund geltend machen will. Auch im Übrigen genügt die Beschwerdebegründung nur teilweise den Anforderungen, weil sie insbesondere davon absieht, eine Rechtsfrage in klarer Formulierung zu bezeichnen, deren Beantwortung der Kläger für klärungsbedürftig ansieht.

- 7 2. Die Zulässigkeit unterstellt, ist die Rüge jedenfalls unbegründet.

- 8 Die Revisionszulassung wegen grundsätzlicher Bedeutung setzt eine Rechtsfrage voraus, die in dem angestrebten Revisionsverfahren klärungsfähig (entscheidungserheblich) sowie klärungsbedürftig und über den Einzelfall hinaus von Bedeutung ist (*vgl BVerfG <Kammer>, SozR 3-1500 § 160a Nr 7 S 14; s auch BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 19 S 34 f; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 30 S 57 f mwN*). Die Klärungsbedürftigkeit fehlt, falls die Rechtsfrage schon beantwortet ist, ebenso dann, wenn Rechtsprechung zu dieser Konstellation zwar noch nicht vorliegt, sich aber die Antwort auf die Rechtsfrage ohne Weiteres ergibt (*zur Verneinung der Klärungsbedürftigkeit im Falle klarer Antwort s zB BSG SozR 3-1500 § 146 Nr 2 S 6; BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; BSG SozR 3-1500 § 160a Nr 21 S 38; vgl auch BSG SozR 3-4100 § 111 Nr 1 S 2 f*), und schließlich auch dann, wenn kein vernünftiger Zweifel an der Richtigkeit der vom LSG dazu gegebenen Auslegung bestehen kann, weil sich die Beantwortung bereits ohne Weiteres aus der streitigen Norm selbst ergibt (*vgl hierzu BSG, Beschluss vom 2.4.2003 - B 6 KA 83/02 B - Juris RdNr 4*).



- 9 a) Nach diesen Maßstäben sind die zu dem Beschwerdevorbringen sinngemäß zu entnehmenden Rechtsfragen,
- ob auch an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte Anspruch auf Erteilung der Genehmigung zur Erbringung bestimmter fachärztlicher GOP haben, wenn hierfür ein Versorgungsbedarf besteht, bzw ob die Regelung des § 73 Abs 1a Satz 3 SGB V entsprechend auf Fachärzte für Allgemeinmedizin anwendbar ist,
- weiterhin nicht klärungsbedürftig. Sie sind durch die höchstrichterliche Rechtsprechung in dem Sinne geklärt, dass ein derartiger Anspruch nicht besteht.
- 10 Bei den Leistungen, deren Abrechenbarkeit der Kläger begehrt, handelt es sich um Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind: Gemäß der Vorbemerkung Nr 1 zur Nr 10.1 EBM-Ä 2005 können die in diesem Kapitel aufgeführten GOP ausschließlich von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten berechnet werden (Fachärzte für Allgemeinmedizin nur dann, wenn sie die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten haben). Somit können derartige Leistungen von einem im hausärztlichen Versorgungsbereich tätigen Facharzt für Allgemeinmedizin wie dem Kläger nicht abgerechnet werden. Diese Beschränkung der Abrechenbarkeit unterliegt keinen rechtlichen Bedenken, wie der Senat in ständiger Rechtsprechung entschieden hat: Durch § 73 Abs 1 Satz 1 SGB V wird gesetzlich vorgegeben, die vertragsärztliche Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung zu gliedern; die Regelungen sind verfassungsgemäß (*stRspr von BSG und BVerfG, vgl zB BSGE 80, 256, 258 ff = SozR 3-2500 § 73 Nr 1 S 3 ff; BSG SozR 4-2500 § 73 Nr 1 RdNr 11; BSG SozR 4-2500 § 73 Nr 3 RdNr 13; BSG SozR 4-2500 § 73 Nr 4 RdNr 12; zuletzt BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 8 RdNr 14; BVerfG <Kammer>, NJW 1999, 2730, 2731 = SozR 3-2500 § 73 Nr 3 S 16 f*).
- 11 Zur Umsetzung der Vorgaben des § 73 Abs 1 SGB V auf der Ebene des Bewertungsmaßstabs als Verzeichnis der abrechnungsfähigen Leistungen bestimmt § 87 Abs 2a Satz 1 SGB V (*der inhaltlich § 87 Abs 2a Satz 5 in der vom 1.1.2004 bis zum 31.3.2007 geltenden Fassung entspricht*), dass alle im EBM-Ä aufgeführten Leistungen in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern sind. Die Zuordnung der Leistungen hat entsprechend der in § 73 Abs 1 SGB V festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung mit der Maßgabe zu erfolgen, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen solche der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung und solche der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen. Inhalt der Regelung ist damit - neben der Gliederung des EBM-Ä - zugleich die Festlegung der von der jeweiligen Gruppe abrechenbaren Leistungen (*BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 8 RdNr 15*). Fachärzte für Allgemeinmedizin nehmen zwingend an der hausärztlichen Versorgung teil (*§ 73 Abs 1a Satz 1 Nr 1 SGB V*). Eine gleichzeitige Teilnahme an der hausärztlichen und an der fachärztlichen Versorgung ist grundsätzlich ausgeschlossen (*BSGE 80, 256, 257 = SozR 3-2500 § 73 Nr 1 S 2; BSG*



SozR 4-2500 § 73 Nr 4 RdNr 12; zuletzt BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 8 RdNr 16). Mit den im Gesetz vorgesehenen Ausnahmen (§ 73 Abs 1a Satz 3 bis 5 SGB V) ist die Zuordnung der Arztgruppen zur haus- oder fachärztlichen Versorgung umfassend und abschließend geregelt; weitere Ausnahmen sind auch unter verfassungsrechtlichen Erwägungen nicht erforderlich (BSG SozR 4-2500 § 73 Nr 4 RdNr 14 mwN; zuletzt BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 8 RdNr 16).

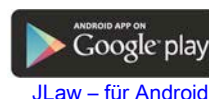
- 12 Dies steht, wie der Senat ebenfalls bereits wiederholt entschieden hat (BSG SozR 4-2500 § 73 Nr 1 RdNr 16; BSG SozR 4-2500 § 73 Nr 3 RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 73 Nr 4 RdNr 14), auch einer analogen Anwendung des § 73 Abs 1a Satz 3 SGB V, der übergreifend eine befristete sowohl hausärztliche als auch fachärztliche Betätigung bei entsprechendem Versorgungsbedarf ermöglicht, zu Gunsten von an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzten wie dem Kläger entgegen. Zur Begründung hat der Senat (BSG SozR 4-2500 § 73 Nr 1 RdNr 16; ebenso BSG SozR 4-2500 § 73 Nr 3 RdNr 18; in diesem Sinne zuletzt BSG SozR 4-2500 § 73 Nr 4 RdNr 14) ausgeführt: "Die Regelung ist nach dem gesetzlichen Kontext abschließend, und es besteht auch keine unbewusste planwidrige Lücke, wie sie für die Möglichkeit einer Analogie erforderlich wäre. Der Gesetzgeber hat die Zuordnung zur haus- oder fachärztlichen Versorgung umfassend geregelt. Er hat in § 73 Abs 1a Satz 1 Nr 1 bis 5 SGB V zahlreiche einzelne Arztgruppen aufgeführt und deren Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung vorgeschrieben. Für alle "übrigen Fachärzte" hat er in Satz 2 aaO die Zuordnung zur fachärztlichen Versorgung vorgenommen. Damit hat der Gesetzgeber ausweislich der Begründung, die er im Verfahren der Änderung dieser Bestimmung durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 gegeben hat, "alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte" erfassen und sie "entweder der hausärztlichen oder der fachärztlichen Versorgung" zuordnen wollen (BT-Drucks 14/1977 S 163 zu § 73 Abs 1a; ebenso BSG SozR 3-2500 § 95 Nr 19 S 75 mit Versagung der Zulassung als Arzt ohne Gebietsbezeichnung). Ausnahmeregelungen hat er in den - bereits erwähnten - detaillierten Varianten der Sätze 3 bis 5 aaO vorgesehen, mit denen er auch - in Satz 3 - eine Bestimmung für den Fall von Versorgungslücken und - in Satz 5 - eine Sonderregelung für spezialisierte Allgemeinärzte getroffen hat. Angesichts dieser umfassenden und ins Einzelne gehenden Bestimmungen spricht alles für das Vorliegen einer abschließenden Regelung; Anhaltspunkte dafür, dass die Regelung lückenhaft sein könnte, bestehen nicht."

- 13 Zwar kann eine Rechtsfrage trotz Vorliegens einer höchstrichterlichen Entscheidung erneut klärungsbedürftig werden. Dies wird insbesondere dann angenommen, wenn der Entscheidung in nicht geringem Umfang widersprochen wird (Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG 10. Aufl 2012, § 160 RdNr 8b mwN), kann aber auch bei der Änderung (anderer) Normen der Fall sein, wenn deren Änderung Anlass zu einer Neuinterpretation geben könnte, ebenso bei grundlegenden Änderungen der Lebensverhältnisse (Leitherer aaO RdNr 8c). Diese Gesichtspunkte rechtfertigen hier jedoch keine erneute Befassung des Senats. Zum einen steht nicht eine vereinzelte Entscheidung des BSG in Rede, sondern eine ständige, auch vom BVerfG gebilligte Rechtsprechung. Dass im Schrifttum in jüngerer Zeit gegen diese Rechtsprechung ver-



breitet Einwände erhoben worden sind, wird weder vom Kläger vorgetragen noch ist dies erkennbar.

- 14 Zum anderen fehlt es an einer Änderung rechtlicher Vorschriften bzw an einer Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, welche Anlass zu einer Neuinterpretation geben könnten. Wie bereits dargelegt, kommt eine analoge Anwendung des § 73 Abs 1a Satz 3 SGB V - oder dem entsprechender bedarfsorientierter Ausnahmeregelungen für Allgemeinärzte - deswegen nicht in Betracht, weil es bereits an einer planwidrigen Regelungslücke fehlt. Dies hat der Senat noch in jüngerer Zeit - zuletzt in seinem Urteil vom 28.10.2009 (*BSG SozR 4-2500 § 73 Nr 4*) - so festgestellt. Dass infolge einer Änderung der rechtlichen - ggf auch der tatsächlichen - Rahmenbedingungen seither eine Situation eingetreten sein sollte, die die Annahme rechtfertigen könnte, dass zwischenzeitlich ein - vom Gesetzgeber bei nachfolgenden Änderungen des SGB V übersehener - Regelungsbedarf in dem vom Kläger behaupteten Sinne entstanden sein könnte, ist nicht erkennbar.
- 15 Zutreffend ist zwar, dass der Gesetzgeber - namentlich durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz - eine Reihe gesetzlicher Maßnahmen ergriffen hat, um befürchteten Versorgungslücken zu begegnen. Dass diese potenziellen Versorgungslücken darauf zurückzuführen sind, dass an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten die Erbringung fachärztlicher Leistungen versagt ist, ist dem Senat nicht bekannt. Dies wird auch durch den Hinweis des Klägers, dass der Gesetzgeber über § 63 Abs 3c SGB V nF sogar die Einbeziehung nichtärztlicher Leistungserbringer ermöglicht, nicht gestützt. Dass diese Personengruppe fachärztliche Leistungserbringer substituieren soll, lässt sich weder dem Gesetz noch den Materialien hierzu entnehmen. Ebenfalls nicht erkennbar ist, dass sich die für die Trennung des hausärztlichen bzw des fachärztlichen Versorgungsbereichs maßgeblichen Ziele - die Funktion des Hausarztes zu stärken, der ständigen Zunahme spezieller fachärztlicher Leistungen entgegenzuwirken, dadurch ökonomische Fehlentwicklungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zu beseitigen und so die Qualität der Versorgung der Patienten sowie die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu sichern (*BSG SozR 4-2500 § 73 Nr 1 RdNr 11; BSG SozR 4-2500 § 73 Nr 3 RdNr 13; s schon BSGE 80, 256, 262 = SozR 3-2500 § 73 Nr 1 S 7*) - durch die nachfolgende Entwicklung der Versorgungssituation geändert haben.
- 16 b) Darüber hinaus sind die Rechtsfragen auch nicht klärungsfähig. Denn auch dann, wenn entsprechend dem Vorbringen des Klägers eine Ausnahmegenehmigung nach § 73 Abs 1a Satz 3 SGB V in analoger Anwendung dieser Norm auch Fachärzten für Allgemeinmedizin erteilt werden könnte, könnte dies dem Begehren des Klägers in dem angestrebten Revisionsverfahren nicht zum Erfolg verhelfen. Eine Ausnahmegenehmigung setzte tatbestandlich das Vorliegen eines entsprechenden Sicherstellungsbedarfs voraus; dass ein solcher in dem Planungsbereich besteht, in dem der Kläger seinen Vertragsarztsitz hat, hat das LSG nicht festgestellt.



- 17 Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm §§ 154 ff VwGO. Als unterlegener Beteiligter hat der Kläger auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu tragen (§ 154 Abs 2 VwGO). Eine Erstattung der Kosten Beigeladener ist nicht verlasst, da diese keine Anträge gestellt haben (§ 162 Abs 3 VwGO; vgl BSGE 96, 257 = SozR 4-1300 § 63 Nr 3, RdNr 16).
- 18 Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1, § 47 Abs 1 GKG und entspricht der Festsetzung der Vorinstanz vom 25.7.2012. Die Vorgehensweise, als Streitwert die mutmaßlichen Honorareinnahmen für zwei Jahre abzüglich der Praxiskosten zugrunde zu legen, ist nicht zu beanstanden. Der Hinweis des Klägers auf Ziffer X.1 des "Streitwertkatalogs 2012" lässt unberücksichtigt, dass in Verfahren, die Entscheidungen über die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung bzw Abrechnungsgenehmigungen zum Gegenstand haben, zwar grundsätzlich ein Drei-Jahres-Zeitraum zugrunde zu legen ist, dies aber dann nicht gilt, wenn es sich um Entscheidungen geht, die nur für einen bestimmten Zeitraum zu erteilen sind (siehe BSG, Beschluss vom 1.9.2005 - B 6 KA 41/04 R = SozR 4-1920 § 52 Nr 1 RdNr 17, unter Hinweis auf Schleswig-Holsteinisches LSG, Beschluss vom 14.1.2004 = NZS 2005, 446; siehe hierzu auch Sächsisches LSG, Beschluss vom 10.5.2004 - L 1 B 2/03 KA-ER - Juris RdNr 11). Da auch die vom Kläger begehrte Abrechnungsgenehmigung nach § 73 Abs 1a Satz 3 SGB V - bzw in entsprechender Anwendung dieser Vorschrift - zu befristen ist (s BSG SozR 4-2500 § 73 Nr 1 RdNr 12) und hierfür typischerweise ein Zeitraum von zwei Jahren angesetzt wird (vgl BSG SozR 4-1920 § 52 Nr 1 RdNr 17), ist die vom LSG vorgenommene Beschränkung sachgerecht (so schon Sächsisches LSG aaO). Der vom Kläger angezogene "Streitwertkatalog 2012" nimmt demgegenüber Bezug auf einen Beschluss des LSG Nordrhein-Westfalen vom 4.1.2012 (L 11 KA 140/10 B - Juris), der sich zu der Frage einer befristeten Genehmigung nicht verhält.

