

**Deutsche Gesellschaft für Kassenartzrecht****Symposium**

„Gilt das ärztliche Berufsrecht (noch) für Vertragsärzte – oder ist die vertragsärztliche Tätigkeit eine berufsrechtsfreie Zone?“

Thesen zum Referat

**Bedeutung des ärztlichen Weiterbildungsrechtes für die vertragsärztliche Tätigkeit**

Berlin, den 14. April 2015

Referent:

Prof. Dr. M. Stellpflug, MA (Lond.)  
Fachanwalt für Medizinrecht  
Fachanwalt für Sozialrecht  
Mediator

**I. Ärztliche Weiterbildung als vertragsärztliche Zulassungsvoraussetzung****1. Erfordernis einer spezifischen Weiterbildung**

Das Vertragsartzrecht geht mit § 95a SGB V über das Berufszulassungsrecht der Bundesärzteordnung (BOÄ) hinaus, denn jegliche vertragsärztliche Tätigkeit erfordert eine spezifische Weiterbildung (vgl. BSG, Urteil vom 13.12.2000, Az: B 6 KA 26/00 R, juris Rn. 18). Für einen Arzt ohne Gebietsbezeichnung besteht keine Möglichkeit (mehr), als Vertragsarzt zugelassen zu werden (vgl. BSG, Urteil vom 25.11.1998, Az: B 6 KA 58/97 R, juris Rn. 10).

**2. Begrenzung auf zulassungsfähige Fachgebiete**

Aus der Eintragung in das Arztregister folgt jedoch noch nicht, dass ein Zulassungsanspruch bestehen würde. Nur Angehörige solcher Fachgebiete können zugelassen werden, deren Inhalt (zumindest weit überwiegend) Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist (vgl. BSG, Urteil vom 02.09.2009, Az: B 6 KA 35/08 R, juris Rn. 21 u. 23).

**3. Begrenzung auf einen Versorgungsbereich**

§ 73 Abs. 1a SGB V schließt ferner eine gleichzeitige Teilnahme an der haus- und fachärztlichen Versorgung verfassungskonform aus (vgl. BVerfG, Kammerbeschluss vom 17.06.1999, Az: 1 BvR 2507/97, juris Rn. 21 u. 22). Die Zuordnung habe für den Vertragsarzt ausschließlich vergütungsrechtliche Konsequenzen, während sie seinen berufsrechtlichen Status unberührt lasse (vgl. BSG, Beschluss vom 11.11.2005, Az: B 6 KA 12/05 B, juris Rn. 9 unter Bezugnahme auf: BSG, Urteil vom 18.06.1997, Az: B 6 RKA 58/96).

#### 4. Bedarfsplanungsrechtliche Arztgruppenbildung

Gemäß § 6 Abs. 1 BedarfspIRL erfolgt die Bestimmung der Arztgruppen nach ihrer Versorgungsrichtung oder in Anlehnung an die (Muster-)Weiterbildungsordnung Ärzte (M-WBO). Nach der Rechtsprechung des BSG müssen die bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppen nicht notwendig mit den Fach- bzw. Teilgebieten des Weiterbildungsrechts identisch sein (vgl. BSG, Urteil vom 02.07.2014, Az: B 6 KA 23/13 R, juris Rn. 20). Abweichung sind etwa dann möglich und sogar geboten, wenn mit dem bedarfsplanungsrechtlichen Begriff der "Arztgruppe" im Hinblick auf bestimmte Arztgruppen kein bundeseinheitlich verwendeter Begriff des Fachgebiets korrespondiert (vgl. BSG, Urteil vom 09.02.2011, Az. B 6 KA 1/10 R, juris Rn. 20). Auch dürfen unterschiedliche Fachgebiete zu einer bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe (z.B. Nervenärzte, fachärztliche Internisten) zusammengefasst werden (vgl. BSG, Urteil vom 09.06.1999, Az: B 6 KA 37/98 R, juris Rn. 24; BSG, Beschluss vom 02.09.2009, Az: B 6 KA 69/08 B, juris Rn. 10) oder eine Unterspezialisierung („Plastische Chirurgie“) dem jeweiligen Mutterfach („Chirurgie“) zugeordnet werden (BSG, Beschluss vom 09.02.2011, Az: B 6 KA 1/10 B, juris Rn. 27). Generalisierung, Schematisierung und Typisierung sind auch bei Vorliegen berufsrechtlicher Regelungen grundsätzlich zulässig, wobei ggf. auftretenden Engpässen in der Versorgung über Sonderbedarfszulassungen abzuhelpen ist (vgl. BSG, Beschluss vom 02.09.2009, Az: B 6 KA 69/08 B, juris Rn. 10).

#### 5. Qualifikationsbezogene Sonderbedarfszulassung

Das Erforderlichkeit von Sonderbedarfszulassungen ist Resultat der bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppenbildung (vgl. BSG, Urteil vom 05.11.2008, Az: B 6 KA 10/08 R). § 37 BedarfspIRL ist eng an den Subspezialisierungen des ärztlichen Weiterbildungsrechts ausgerichtet. Es bleiben deshalb grundsätzlich besondere Qualifikationen außer Betracht, die sich nicht in Form einer speziellen Weiterbildung oder Subspezialisierung nach der Weiterbildungsordnung niedergeschlagen haben (vgl. BSG, Urteil vom 13.08.2014, Az: B 6 KA 33/13 R, juris Rn. 24). Allerdings gilt mangels eines dem ärztlichen Weiterbildungsrecht gleichkommenden Weiterbildungsrechts der Psychotherapeuten für die Ausfüllung des (bedarfsplanungsrechtlichen) Merkmals der besonderen Qualifikation das einschlägige Vertragspsychotherapeutenrecht (vgl. LSG B-W, Beschl. v. 02.12.2010, L 5 KA 3093/10 ER-B; BSG, Urteil v. 23.06.2010, B 6 KA 22/09 R).

#### 6. Fachgebietsidentität bei gemeinsamer Berufsausübung

Weiterhin erfordert eine gemeinsame Berufsausübung in Form des sog. Jobsharings nach § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. § 41 BedarfspIRL die Fachidentität. Dies gilt für die Anstellung von Ärzten nach § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. § 59 BedarfspIRL entsprechend. Diese Voraussetzung liegt vor, wenn die Ärzte in der Facharztkompetenz und, sofern eine entsprechende Bezeichnung geführt wird, in der Schwerpunktkompetenz übereinstimmen. Das Erfordernis der Fachgebietsidentität gilt indessen nicht für die Nachbesetzung einer Arztstelle gemäß § 103 Abs. 4a SGB V. Eine Übereinstimmung bezogen auf die ärztliche Fachgebietsbezeichnung ist nicht erforderlich, sondern der ausscheidende Arzt und der neue Stelleninhaber müssen lediglich derselben bedarfsplanungsrechtlichen Arztgruppe angehören und den Rahmen der bisherigen Tätigkeit nach Umfang und Inhalt im Wesentlichen einhalten (vgl. BSG, Urteil vom 02.07.2014, Az. B 6 KA 23/13 R, juris Rn. 23).

## 7. Das Kriterium der beruflichen Eignung

Bei der Auswahl eines Praxisnachfolgers gemäß § 103 Abs. 4 S. 4 SGB V hat der Zulassungsausschuss unter mehreren Bewerbern, die die ausgeschriebene Praxis als Nachfolger des bisherigen Vertragsarztes fortführen wollen, den Nachfolger im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens auszuwählen. Hierbei ist u. a. die berufliche Eignung zu berücksichtigen. Diese ergibt sich primär aus einer der Weiterbildungsqualifikation des Praxisinhabers entsprechenden Qualifikation des Bewerbers (vgl. Hess, in Kasseler Komm., Stand 01.03.2013, § 103 SGB V Rn. 28). Dies gilt allerdings nicht abstrakt, sondern nur in Bezug auf das konkrete vertragsarztrechtlich relevante Tätigkeitspektrum des Praxisveräußerers.

## II. Weiterbildung und vertragsärztliche Leistungsbeschränkungen

Nach § 2 Abs. 1 M-WBO führt der erfolgreiche Abschluss einer Weiterbildung zur Facharztbezeichnung in einem Gebiet, zur Schwerpunktbezeichnung im Schwerpunkt eines Gebietes oder zur Zusatzbezeichnung. Ein Gebiet wird insoweit nach § 2 Abs. 2 M-WBO als ein definierter Teil in einer Fachrichtung der Medizin beschrieben. Die Gebietsdefinition bestimmt die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit. Dieses Verbot der Betätigung außerhalb des Fachgebietes wird den verfassungsrechtlichen Anforderungen nur gerecht, wenn es lediglich als allgemeine Richtlinie, die Ausnahmen vorsieht, gilt, und keine zu enge Auslegung stattfindet (vgl. schon BVerfG, Beschluss vom 09.05.1972, Az: 1 BvR 518/62, 1 BvR 308/64, juris Rn. 129). Die Fachgebietsbeschränkung bezweckt lediglich, die besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten eines Facharztes auf seinem Gebiet zu erhalten. Es ist daher zulässig, dass ein Facharzt in einem „geringen Umfang“ auch außerhalb seines Fachgebiets tätig wird (vgl. BVerfG, Beschluss vom 01.02.2011, Az: 1 BvR 2383/10).

### 1. Fachfremdheit und Kernbereich

Der fachärztliche Tätigkeitsbereich wird allein durch die auf landesrechtlicher Grundlage beruhenden Gebietsbezeichnungen festgelegt und begrenzt, wobei die Bindung des Arztes an die Grenzen seines Fachgebiets bzw. seiner Fachgebiete ihn auch in seiner Eigenschaft als Kassen- bzw. Vertragsarzt trifft (vgl. BSG, Urteil vom 26.01.2000, Az: B 6 KA 53/98 R, juris Rn. 20 m.w.N.). Für fachfremde Leistungen besteht grundsätzlich kein Vergütungsanspruch (so schon: BSG, Urteil vom 28.05.1965, Az: 6 RKA 1/65, juris Rn. 20). Vertragsärzte dürfen jedoch nicht von der Honorierung solcher vertragsärztlichen Leistungen ausgeschlossen werden, die in den Kernbereich ihres Fachgebietes fallen bzw. die für ihr Gebiet wesentlich und prägend sind (vgl. BSG, Urteil vom 29.09.1999, Az. B 6 KA 38/98 R, juris Rn. 15). Andererseits darf eine erforderliche ärztliche Untersuchung nicht an der Fachgebietsbeschränkung scheitern (vgl. BSG, Urteil vom 28.10.1987, Az: 6 RKA 4/87, juris Rn. 14).

### 2. Versorgungsbereichsspezifische Beschränkung

§ 87 Abs. 2a SGB V bestimmt, dass alle im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführten Leistungen in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern sind. Die Zuordnung der Leistungen hat 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. Die den jeweiligen Arztgruppen angehörenden Ärzte dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung – von gesetzlich normierten Ausnahmen abgesehen – nur Leistungen aus dem Versorgungsbereich

abrechnen, dem sie zugeordnet sind (vgl. BSG, Urteil vom 27.06.2007, Az. B 6 KA 24/06 R, juris Rn. 13). Die Bindung an die Grenzen des Versorgungsbereichs gilt auch für Ärzte, die in einer fachgebiets- und versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxis tätig sind und kann durch die Vertretung der Partner in einer solchen Gemeinschaftspraxis nicht umgangen werden (vgl. BSG, Urteil vom 14.12.2011, Az. B 6 KA 31/10 R).

### **3. Arztgruppenspezifische Festlegung der abrechenbaren Leistungen**

Nach § 87 Abs. 2a SGB V sind zudem im EBM die Leistungen der fachärztlichen Versorgung dergestalt zu gliedern, dass den einzelnen „Facharztgruppen“ die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. Bei der Bestimmung der Arztgruppen ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugrunde zu legen. Durch die Regelung wird klargestellt, dass bei der Bestimmung der Arztgruppen nicht primär berufsrechtliche Vorgaben, sondern der Versorgungsauftrag maßgeblich ist (vgl. GKV-Modernisierungsgesetz, BT-Drs. 15/1525, S. 105).

### **4. Qualitätssichernde Beschränkungen**

Es besteht die allgemeine Verpflichtung der Partner der Bundesmantelverträge, im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung qualitätssichernde Maßnahmen zu treffen. Die Befugnis zur Normierung von Qualifikationsanforderungen für bestimmte spezialisierte Leistungen wird durch verschiedene gesetzliche Grundlagen eingeräumt.

So können die Partner der Bundesmantelverträge etwa nach Maßgabe der §§ 72 Abs. 2, § 82 Abs. 1 oder § 135 Abs. 2 SGB V entsprechende Vereinbarungen schließen. Gemäß § 87 Abs. 2a SGB V dürfen aber auch im EBM Anforderungen an die Qualifikation von Ärzten für die Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen normiert werden, die über berufsrechtliche Anforderungen hinausgehen. Selbst ein gewisser „Überschuss“ an Qualifikationsanforderungen ist hinzunehmen (vgl. BSG, Urteil vom 18.03.1998, Az. B 6 Ka 23/97, juris Rn. 25). Hierzu kann etwa auch der Nachweis eines besonderen Versorgungsschwerpunktes gefordert werden (vgl. BSG, Urteil vom 28.10.2009, Az. B 6 KA 26/08 R, juris Rn. 15). Die Abrechnung darf Angehörigen spezialisierter Arztgruppen vorbehalten werden (vgl. BSG, Urteil vom 20.01.1999, Az. B 6 KA 23/98 R).

§ 135 Abs. 2 S. 2 SGB V bestimmt allerdings im Zusammenhang der Vereinbarung von Fachkundenachweisen, dass die landesrechtlichen Regelungen zur ärztlichen Berufsausübung, insbesondere solchen des Facharztrechts, notwendige und ausreichende Voraussetzung sind, soweit sie bundesweit inhaltsgleich eingeführt und mit dem vereinbarten Fachkundenachweis gleichwertig sind. Das Merkmal der Bundeseinheitlichkeit ist jedenfalls dann nicht erfüllt, wenn zwar auf Bundesebene die M-WBO geändert worden ist, die Umsetzung dieses Beschlusses aber in mehreren Kammerbezirken scheitert, z.B. weil die Regelung in der Ärzteschaft umstritten ist. Nach der Rechtsprechung des BSG spricht jedoch manches dafür, dass in besonders gelagerten Fällen die „Bundeseinheitlichkeit“ auch dann gegeben ist, wenn eine einzelne Kammer die Umsetzung verweigert und die zuständige Aufsichtsbehörde das nicht beanstandet (vgl. BSG, Urteil vom 02.04.2014, Az: B 6 KA 24/13 R, juris Rn. 19).

Abweichend von § 135 Abs. 2 S. 2 SGB V bestimmt § 135 Abs. 2 S. 4 SGB V, dass die Partner der Bundesmantelverträge zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung Regelungen treffen können, nach denen die Erbringung bestimmter medizinisch-technischer Leistungen den Fachärzten vorbehalten ist, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören. Diese Regelung gestattet etwa die Bündelung von MRT-Leistungen bei den Radiologen selbst dann, wenn diese Leistungen nach dem landesrechtlichen

Berufsrecht (auch) zum Fachgebiet des "therapeutisch tätigen Arztes" zählen. Nach der Rechtsprechung ist das Argument, der „therapeutisch tätige Arzt“ sei hierfür besser qualifiziert als ein Radiologe, für die rechtliche Beurteilung ohne Bedeutung. MRT-Leistungen würden auch nach Einführung einer Zusatz-Weiterbildung "MRT - fachgebunden -" nicht zum Kernbereich der fachärztlichen Tätigkeit eines Internisten gehören. Zwar komme dem Gesichtspunkt der Qualitätssicherung nach der Einführung der Zusatz-Weiterbildung für Ärzte, die diese Bezeichnung führen, keine Bedeutung mehr zu. Es verbleibe aber der Aspekt der Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Interesse der Funktionsfähigkeit der GKV (vgl. BSG, Urteil vom 02.04.2014, Az: B 6 KA 24/13 R, juris Rn. 32 m. w. N.).

Darüber hinaus ist zu beachten, dass gemäß § 135 Abs. 1 SGB V neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann angewendet und abgerechnet werden dürfen, wenn der G-BA in Richtlinien deren Anerkennung empfohlen und die erforderlichen Bestimmungen zur Qualitätssicherung getroffen hat. Durch diese Richtlinien des G-BA wird der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (vgl. BSG, Urteil vom 07.05.2013, Az: B 1 KR 44/12 R, juris Rn. 13). Eine durch den G-BA erfolgte Zuweisung ärztlicher Leistungen, die Gegenstand der ärztlichen Weiterbildung in zwei Fachgebieten ist, für beide Arztgruppen aber nicht zum Kernbereich gehört, nur zu einer der beiden Gruppen bedarf sachlicher Gründe (vgl. BSG, Urteil vom 19.02.2014, Az: B 6 KA 38/12 R).

## 5. Wirtschaftlichkeitsprüfung

Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 SGB V ist das Weiterbildungsrecht an zwei Prüfungsschritten von Bedeutung: zum einen bei der Frage der Vergleichsbasis, zum anderen bei der Frage von zu berücksichtigenden Praxisbesonderheiten. Die Bildung einer engeren Vergleichsgruppe ist dann erforderlich, wenn sich die Behandlungsausrichtung und Behandlungsmethoden einer bestimmten Gruppe von Ärzten so nachhaltig von derjenigen anderer Ärzte unterscheiden, dass die Vergleichbarkeit der ersten Gruppe mit den Praxen der anderen Gruppe sowohl hinsichtlich der überwiegend behandelten Gesundheitsstörungen als auch hinsichtlich der Zusammensetzung der Patientenklientel nur noch sehr eingeschränkt gegeben ist. Davon ist hinsichtlich der im ärztlichen Weiterbildungsrecht vorgesehenen Fachgebiete und Schwerpunktbezeichnungen auszugehen, jedoch nicht zwingend bei Zusatzbezeichnungen (vgl. BSG, Urteil vom 11.12.2002, Az: B 6 KA 1/02 R, juris Rn. 26; vgl. BSG, Urteil vom 14.12.2005, Az: B 6 KA 4/05 R, juris Rn. 22). Praxisbesonderheiten sind etwa anzuerkennen, wenn ein spezifischer, vom Durchschnitt der eigenen Vergleichsgruppe signifikant abweichender Behandlungsbedarf des eigenen Patientenklientels sowie der hierdurch hervorgerufenen Mehrkosten nachgewiesen werden (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2005, Az: B 6 KA 80/03 R, juris Rn. 47). Solche Besonderheiten können durch eine spezifische Qualifikation des Arztes etwa aufgrund einer Zusatzbezeichnung bedingt sein (vgl. BSG, Urteil vom 28.01.1998, Az: B 6 KA 69/96 R, juris Rn. 16; BSG, Urteil vom 06.09.2000, Az: B 6 KA 24/99 R, juris Rn. 18).

## 6. Honorarverteilung

Mit Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26.03.2010 war die Gewährung von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) vom Führen einer entsprechenden Fachgebiets- bzw. Zusatzbezeichnung abhängig gemacht worden. Nach der Rechtsprechung des BSG sind im Allgemeinen bei arztgruppeneinheitlichen Festlegungen (z.B. Praxisbudgets, Regelleistungsvolumina (RLV)) eine im Leistungsangebot der Praxis zum Ausdruck kommende Spezialisierung und eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung zu berücksichtigen, die messbaren Einfluss auf den Anteil der im Spezialisierungsbereich

abgerechneten Punkte im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl haben. Unter der Geltung von RLV werde es sich dabei typischerweise um arztgruppenübergreifend erbrachte spezielle Leistungen handeln, die eine besondere (Zusatz-)Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern (vgl. BSG, Urteil vom 29.06.2011, Az. B 6 KA 17/10 R, juris Rn. 21 f.).

### III. Versuch einer Bilanz

1. Das Weiterbildungsrecht ist für das Vertragsarztrecht von Bedeutung, weil gemäß § 95a SGB V ausschließlich Fachärzte an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen können. Das Vertragsarztrecht findet folglich ausschließlich entsprechend weitergebildete Ärzte vor. Die „kompetenzrechtliche Eigenständigkeit des Vertragsarztrechts“ (vgl. BSG, Urteil vom 09.02.2011, Az. B 6 KA 12/10 R, juris Rn. 16) gestattet es jedoch, sich von der ärztlichen Weiterbildungsordnung mit Hilfe von spezifisch vertragsarztrechtlichen Begriffen wie „Arztgruppe“, „Versorgungsauftrag“ oder „Fachkundenachweis“ zu lösen und die Leistungserbringer im Interesse der Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit des GKV-Systems über das Berufsrecht hinausgehenden Einschränkungen zu unterwerfen. Ausschließlich im Bereich von Ausnahmetatbeständen (Sonderbedarf, QZV, Praxisbesonderheiten etc.) scheint das ärztliche Weiterbildungsrecht wegen der mit den vertragsarztrechtlichen Arztgruppenbildungen verbundenen Generalisierungen, Schematisierungen und Typisierungen verlässlich begünstigende Wirkung zu entfalten.
2. Die Entwicklung von Gesetzgebung und Rechtsprechung lässt erkennen, dass Differenzen zwischen weiterbildungsrechtlichen und vertragsarztrechtlichen Regelungen zunehmend hingenommen werden. Der Gesetzgeber auf Bundesebene hat sich z.B. mit dem Verzicht auf eine Höchstzahl von Zweigpraxen offen über berufsrechtliche Regelungen hinweggesetzt (vgl. BSG, Urteil vom 09.02.2011, Az. B 6 KA 12/10 R). Bisweilen ist auch die Bedeutung der ursprünglich zentralen Bindung an die weiterbildungsrechtlichen Fachgebietsgrenzen nicht mehr zu erkennen. So kann beispielsweise selbst ein Kardiologe mit der Zusatzbezeichnung „MRT-fachgebunden“ unter ausschließlicher Berufung auf Wirtschaftlichkeit und Funktionsfähigkeit des GKV-Systems von der Erbringung und Abrechnung kernspintomographischer Leistungen ausgeschlossen werden (vgl. BSG, Urteil vom 02.04.2014, Az: B 6 KA 24/13 R). Ebenso verbietet die Bindung an den Versorgungsbereich die Abrechnung internistischer Kernleistungen, wenn in einer internistische Gemeinschaftspraxis der hausärztliche Praxispartner im Rahmen einer praxisinternen Vertretung „fachärztliche Leistungen“ erbringen will (vgl. BSG, Urteil vom 14.12.2011, Az. B 6 KA 31/10 R).
3. Diese Entwicklung wurde insbesondere durch die immer umfassenderen vertragsarztrechtlichen Normsetzungsbefugnisse im Bereich der Qualitätssicherung ermöglicht und vorangetrieben. Dies gilt im Besonderen für die mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 (vgl. BGBl. Teil I 2003, S. 2190) unter Berufung auf die Kernspintomographie-Entscheidung des BSG vom 31.01.2001 (Az: B 6 KA 24/00 R) eingeführte Befugnis der Bundesmantelvertragspartner, ohne Rücksicht auf das Bestehen eines bundeseinheitlichen, der Qualitätssicherung dienenden Weiterbildungsrechts, medizinisch-technische Leistungen solchen Fachärzten vorzubehalten, für die diese Leistungen nach Ansicht der Bundesmantelvertragspartner zum Kern ihres Fachgebietes gehören.
4. In der Gesamtschau kann von einem rechtlich durchsetzbaren Vorrang des ärztlichen Weiterbildungsrecht für die vertragsärztliche Tätigkeit wohl nur ausgegangen werden, wenn die Weiterbildungsqualifikation (weitgehend) bundesweit einheitlich existiert und die Abweichungen im Vertragsarztrecht nicht dem „Gemeinwohlinteresse der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der GKV“ zu dienen vermögen.