

## S 12 KA 795/06

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 795/06

Datum

07.03.2007

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Einem Facharzt für Allgemeinmedizin, der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt und nicht zur Führung der Zusatzbezeichnungen Allergologie und Phlebologie berechtigt ist, kann eine Genehmigung zur Abrechnung nach Nr. 09320 EBM 2005 (Tonschwellenaudiometrie) sowie nach Kap. 30.1 und 30.5 EBM 2005 nicht erteilt werden.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Er hat auch die Gerichtskosten zu tragen.

3. Der Streitwert wird auf 5000,00 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen nach Abschnitt 30.1 und 30.5 EBM 2005 sowie von Leistungen nach Nr. 09320 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff.

Der Kläger war als Praktischer Arzt bzw. dann als Facharzt für Allgemeinmedizin mit den Zusatzbezeichnungen Chirotherapie, Verkehrs-, Notfall- und Tauchmedizin mit Praxissitz in D-Stadt seit 1979 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Er hat zum 31.12.2006 seine vertragsärztliche Tätigkeit in Deutschland vollständig beendet. Er nahm seit 1996 an der hausärztlichen Versorgung teil.

Am 29.03.2005 beantragte er die Genehmigung zur Abrechnung verschiedener Leistungen nach dem neuen EBM 2005.

Die Beklagte lehnte die hier noch strittigen Leistungen in drei Bescheiden vom 23.01.2006 ab. Sie führte zunächst in allen drei Bescheiden aus, die Bestimmungen des EBM 2005 beinhalteten eine fachgruppenspezifische Abrechnungssystematik. Zugleich sei in den Präambeln der einzelnen Kapitel niedergelegt worden, dass grundsätzlich ausschließlich die dort genannten Leistungen außerhalb des fachgruppenspezifischen Kapitels zur Abrechnung kommen könnten. Ausschlaggebend sei deshalb die fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen. Nach seinem Zulassungsstatus sei er auf die Leistungen nach Kapitel 3 EBM 2005 beschränkt. Aus der unbeanstandeten Abrechnung bestimmter Leistungen erwachse kein Recht zur Abrechnung für die Zukunft. Für die Tonschwellenaudiometrie nach Nr. 09320 EBM 2005 bestünde keine Abrechnungsmöglichkeit. Auch aus Sicherstellungsgründen könne hiervon nicht abgewichen werden, da im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden. Diese Leistung werde von HNO-Ärzten bzw. Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie (nach Nr. 20320 EBM 2005) in D-Stadt in ausreichendem Maße erbracht. Hinsichtlich der Allergologie sei gemäß den Vorgaben in Kapitel 30.1 EBM 2005 i. V. m. den Bestimmungen in Nr. 5 Präambel des Kapitels 3.1 EBM 2005 keine Abrechnungsmöglichkeit für Allgemeinärzte ohne Zusatzbezeichnung vorgesehen, mit Ausnahme der Nr. 30130 EBM 2005. Auch aus Sicherstellungsgründen könne hiervon nicht abgewichen werden, da in D-Stadt in ausreichendem Maße Fachärzte, die diese Leistungen erbringen dürften, zur Verfügung stünden. Phlebologische Leistungen seien gemäß den Vorgaben in Kapitel 30.5 EBM 2005 i. V. m. den Bestimmungen in Nr. 5 Präambel des Kapitels 3.1 EBM 2005 nicht für Allgemeinärzte ohne Zusatzbezeichnung Phlebologie, sondern nur für bestimmte Fachärzte bzw. bei Vorliegen der Zusatzbezeichnung Phlebologie vorgesehen. Der Vorstand habe für Fachärzte der Allgemeinmedizin ohne entsprechende Zusatzbezeichnung beschlossen, eine Abrechnungsgenehmigung zu erteilen, wenn diese Leistungen bis Ende 2002 im Sinne eines Schwerpunkttätigkeit (wenigstens 30 % Punktzahlanteil) erbracht worden seien und/oder die entsprechende Weiterbildung im Bereich Phlebologie für die Dauer von mindestens einem Jahr nachgewiesen werde. Ein Nachweis über eine Weiterbildung sei nicht erbracht worden. Durchschnittlich seien auch nur 244 Punkte in diesem Bereich abgerechnet worden. Auch aus Sicherstellungsgründen könne hiervon nicht abgewichen werden, da in D-Stadt in ausreichendem Maße Fachärzte, die diese Leistungen erbringen dürften, zur Verfügung stünden.

Gegen die Ablehnung der hier noch strittigen Leistungen legte der Kläger am 31.01.2006 Widerspruch ein. Zur Begründung trug er vor, allergologische Leistungen (Kapitel 30. 1 EBM 2005) erbringe er seit 15 Jahren. Er habe hierfür die fachlichen und technischen Voraussetzungen. Er berufe sich auch auf eine Besitzstandswahrung. Phlebologische Leistungen (Kapitel 30.5 EBM 2005) erbringe er seit 12 Jahren. Nach einer Fortbildung habe die Beklagte ihm die Erbringung seinerzeit genehmigt. Auch hierfür habe er die fachlichen und technischen Voraussetzungen und berufe sich auf eine Besitzstandswahrung. Die Tonschwellenaudiometrie nach Nr. 09320 EBM 2005 erbringe er seit 10 Jahren. Zusätzlich liege eine Genehmigung der Berufsgenossenschaft vor, da er für diese verschiedene Untersuchungen erbringe. Es sei nicht einzusehen, weshalb er diese Untersuchung vertragsärztlich nicht mehr erbringen dürfe. Auch hierfür habe er die technischen Voraussetzungen und berufe sich auf eine Besitzstandswahrung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 08.05.2006, zugestellt am 18.05., wies die Beklagte die Widersprüche zurück. In der Begründung führte sie ergänzend zu den Ausgangsbescheiden aus, eine telefonische Nachfrage habe ergeben, dass die Weiterbildung im Bereich Phlebologie weniger als ein Jahr betragen habe. Im Verhältnis zur Gesamtpunktzahl habe sich ihr Anteil in den Quartalen des Jahres 2002 bei 0,20 %, 0,03 %, 0,07 % und 0,07 % bewegt.

Hiergegen hat der Kläger am 06.06.2006 die Klage erhoben. Er trägt ergänzend vor, ohne Übergangsvorschrift könne er die jahrelang erbrachten Leistungen nicht mehr abrechnen. Er berufe sich auf Vertrauensschutz. Er habe Fortbildungsveranstaltungen besucht und in technische Geräte investiert. Es handele sich um einen massiven und schwerwiegenden Eingriff.

Der Kläger beantragt, die drei Bescheide der Beklagten vom 23.01.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.05.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach den Abschnitten 30.1 und 30.5 sowie Nr. 09320 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff. zu erteilen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid. Ergänzend trägt sie vor, der Kläger habe auf Grund der abrechnungsspezifischen Systematik des EBM 2005 keinen Anspruch auf Genehmigung der beantragten EBM-Ziffern. Eine begünstigende Sonderregelung aus Gründen der Sicherstellung komme ebenfalls nicht in Betracht. Soweit der Kläger im Hinblick auf die tonschwellenaudiometrische Untersuchung auf eine Genehmigung der Berufsgenossenschaft hinweise, sei festzustellen, dass der EBM eine abweichende Entscheidung nicht zulasse. Auf die bisherige Leistungserbringung komme es ebf. nicht an.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der Beratungen gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Sie konnte dies ohne mündliche Verhandlung tun, weil sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die Klage ist zulässig. Auch nach Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit des Klägers zum 31.12.2006 ist davon auszugehen, dass er die Genehmigung noch für die Quartale II/05 bis IV/06 begehrt.

Die Klage ist aber unbegründet. Die angefochtenen drei Bescheide der Beklagten vom 23.01.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.05.2006 sind rechtmäßig. Sie waren daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erteilung einer Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach den Abschnitten 30.1 und 30.5 sowie Nr. 09320 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff. Die Klage war abzuweisen.

Nach dem EBM 2005 kann der Kläger die strittigen Leistungen nicht erbringen und besteht kein Genehmigungsanspruch.

Nach dem ab 01.04.2005 geltenden EBM 2005 sind die abrechnungsfähigen Leistungen drei Bereichen zugeordnet: arztgruppenübergreifenden allgemeinen Leistungen, arztgruppenspezifischen Leistungen und arztgruppenübergreifenden spezielle Leistungen. Arztgruppenspezifische Leistungen unterteilen sich in Leistungen des hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereichs. In den arztgruppenspezifischen Kapiteln bzw. Abschnitten sind entweder durch Aufzählung der Leistungspositionen in den jeweiligen Präambeln oder Auflistung im Kapitel bzw. Abschnitt alle von einer Arztgruppe berechnungsfähigen Leistungen angegeben. Arztgruppenspezifische Leistungen können nur von den in der Präambel des entsprechenden Kapitels bzw. Abschnitts genannten Vertragsärzten, die die dort aufgeführten Kriterien erfüllen, berechnet werden (Abschnitt I 1.2.2 EBM 2005). Abrechnungsfähige Leistungen, deren Berechnung an ein Gebiet, einen Schwerpunkt (Teilgebiet), eine Zusatzbezeichnung oder sonstige Kriterien gebunden ist, setzen das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraus (vgl. Abschnitt I 1.2 bis 1.5 EBM 2005).

Die vom Kläger begehrten Leistungen nach dem Abschnitt 30.1 EBM 2005 "Allergologie" gehören zu den Leistungen nach Abschnitt IV und damit zu den arztgruppenübergreifenden Leistungen. Sie können - mit Ausnahme der Leistung nach der Nr. 30130 - ausweislich der Präambel des Abschnitts nur von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Allergologie, Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie und Lungenärzten sowie Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin berechnet werden. Die Leistung nach der Nr. 30130 EBM 2005 kann von allen Vertragsärzten - soweit dies beruflich zulässig ist - berechnet werden, wovon auch die Beklagte ausgeht und was daher unstrittig und nicht Gegenstand des Verfahrens ist. Die vom Kläger begehrten Leistungen nach dem Abschnitt 30.5 EBM 2005 "Phlebologie" gehören ebf. zu den Leistungen nach Abschnitt IV und damit zu den arztgruppenübergreifenden Leistungen. Sie können ausweislich der Präambel des

Abschnitts nur von Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Innere Medizin sowie Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Phlebologie berechnet werden. Nr. 09320 EBM 2005 (Tonschwellenaudiometrische Untersuchung, 405 Punkte) gehört zum Kapitel 9 EBM 2005 "Hals-Nasen-Ohrenärztliche Leistungen" und damit zu den Leistungen nach Abschnitt III, den arztgruppenspezifischen Leistungen. Die im Kapitel 9 EBM 2005 aufgeführten Leistungen können nach der Präambel des Kapitels ausschließlich von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde berechnet werden.

Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung und Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gemäß [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) erklärt haben, können nur die in Kapitel 3 EBM 2005 aufgeführten Leistungen erbringen. Außer den im Kapitel 3 genannten Leistungen sind bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen von ihnen - unbeschadet der Regelungen gemäß Nr. 5 und Nr. 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen - zusätzlich u. a. Leistungen der Abschnitte 30.1 und 30.5 berechnungsfähig (Nr. 5 Unterabschnitt 3. 1 Präambel EBM 2005). Dies setzt aber, wie bereits ausgeführt, für den Kläger die Zusatzbezeichnung Allergologie bzw. die Zusatzbezeichnung Phlebologie voraus, die zu führen der Kläger nicht berechtigt ist.

Die Beklagte hat die Bestimmungen des EBM 2005 zutreffend angewandt. Danach kann eine Genehmigung für die vom Kläger begehrten Leistungen nicht erteilt werden. Bei den Bewertungsmaßstäben handelt es sich um Normsetzung durch Vertrag (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, Az: [B 6 KA 44/03 R](#), [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 78). Die Beklagte ist hieran ebenso wie ein Vertragsarzt gebunden (vgl. [§ 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V](#)).

Soweit die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossene Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 (DÄ 2005, A 77) ebenso wie die Beklagte davon ausgeht, die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten wegen der Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 72 SGB V](#) aus Sicherstellungsgründen allen Vertragsärzten sowohl eine Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums als auch die Abrechnung einzelner ärztlicher Leistungen auf Antrag des Vertragsarztes genehmigen, was auch für eine Erhöhung der Fallpunktzahl der Regelleistungsvolumen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) gelte, so kann hier dahinstehen, ob hieraus oder unmittelbar aus [§ 72 SGB V](#) eine solche Ermächtigungsgrundlage für die Kassenärztlichen Vereinigungen folgt. Die Beklagte hat insofern zutreffend im angefochtenen Widerspruchsbescheid ausgeführt, dass ein ungedeckter Bedarf im Versorgungsbereich des Klägers nicht besteht. Hierauf wird im Einzelnen verwiesen ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)).

Die genannten Bestimmungen des EBM 2005 sind auch rechtmäßig.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Leistungen sind entsprechend der in [§ 73 Abs. 1 SGB V](#) festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. März 2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass, unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen, Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden ([§ 87 Abs. 2a Satz 5 SGB V](#)). Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 5 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Grunde zu legen ([§ 87 Abs. 2a Satz 6 SGB V](#)). Die Regelungen nach den Sätzen 1, 2, 5, 6 und 9 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2004 zu treffen ([§ 87 Abs. 2a Satz 10 SGB V](#)).

Die Ermächtigungsgrundlage für den EBM in [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) genügt den Anforderungen des Parlamentsvorbehalts. Trotz der Grundrechtsrelevanz ([Art. 12 Abs. 1 GG](#)) ist die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Partner der Bundesmantelverträge verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Denn der Gesetzgeber hat die für die erstmalige Vereinbarung des EBM und seine Fortschreibung maßgebenden Strukturprinzipien im Gesetz selbst festgelegt. Der EBM dient bestimmten qualitativen und ökonomischen Zielen. Die vertragsärztliche Gebührenordnung leistet einen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden, humanen Versorgung der Versicherten ([§ 70 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2, § 72 Abs. 2 SGB V](#)) sowie zur wirtschaftlichen Erbringung der zu einer derartigen Versorgung zählenden Leistungen ([§ 70 Abs. 1 Satz 2, § 72 Abs. 2 SGB V](#)). Zugleich muss der EBM aber auch so vereinbart werden, dass die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)). Bereits diesen Gestaltungsvorgaben lässt sich ein ausreichend dichtes Normprogramm entnehmen (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, Az: [B 6 KA 44/03 R](#), aaO., juris Rdnr. 74). Der Bewertungsausschuss des EBM hat eine weitgehende Gestaltungsfreiheit bei der Regelung der Vergütungstatbestände. Er hat im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität der Vergütungsordnung schematisierende und typisierende Regelungen zu treffen. Er darf zur Qualitätssicherung die Abrechenbarkeit von Leistungen auch an qualitätssichernde Begleitmaßnahmen binden. Durch solche Vergütungsausschlüsse ist [Art. 12 Abs. 1 GG](#) nicht verletzt. Wenn nicht der Kernbereich der beruflichen Tätigkeit, sondern nur Leistungen betroffen sind, die für das Fachgebiet weder wesentlich noch prägend sind, handelt es sich nicht um eine Regelung in dem Bereich der Berufswahl, sondern lediglich in dem der Berufsausübung und ohne Statusrelevanz. Diese ist bei einer Abwägung zwischen der Eingriffsintensität und den der Qualifikationsanforderung zu Grunde liegenden Gemeinwohlbelangen - dem Gesundheitsschutz - von vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls gedeckt (vgl. BSG, Urteil vom 8. September 2004, Az: [B 6 KA 82/03 R](#), SozR 4-5533 Nr. 653 Nr. 1, juris Rdnr. 20 f.). Die vom Kläger begehrten Leistungen sind für sein Fachgebiet weder wesentlich noch prägend.

Im Ergebnis war die Klage daher insgesamt abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Streitwertsetzung erfolgte auf den gesetzlichen Grundlagen.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)).

Ein wirtschaftlicher Wert kann dem Klagebegehren nicht zugeordnet werden, weshalb von dem Regelstreitwert als Streitwert auszugehen war. Dies ergab den festgesetzten Wert.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2007-10-12