S 12 KA 143/07

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 143/07
Datum
27.02.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Anerkennung als onkologisch verantwortliche Ärztin bei gleichzeitiger Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung.

Die 1964 geborene Klägerin ist als Fachärztin für innere Medizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie nimmt an der hausärztlichen Versorgung teil. Sie ist ferner berechtigt, die Schwerpunktbezeichnung "Hämatologie und internistische Onkologie" zu führen. Zugelassen ist sie seit 13.06.2006 mit Praxissitz in A-Stadt.

Die Klägerin beantragte am 29.06.2006 die Anerkennung als onkologisch verantwortliche Ärztin.

Mit Bescheid vom 18.12.2006 wies die Beklagte den Antrag zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Klägerin erfülle alle fachlichen Voraussetzungen für eine Genehmigung. Gemäß § 2 der Onkologievereinbarung, die zuletzt im Jahre 1995 aktualisiert worden sei, sei die Tätigkeit als onkologisch verantwortlicher Arzt unabhängig von der Teilnahme an der haus- oder fachärztlichen Versorgung. Im Gegensatz dazu sei die vertragsärztliche Versorgung seit dem Jahre 2002 in die hausärztliche und fachärztliche Ebene unterteilt. Die Leistungen der onkologischen Versorgung (Kapitel 13.3.4) seien grundsätzlich der fachärztlichen Versorgungsebene vorbehalten. Mit Einführung des EBM 2005 sei die Möglichkeit zur Ausführung und Abrechnung der onkologischen Leistungen auf bestimmte Facharztgruppen begrenzt und zusätzlich unter Genehmigungsvorbehalt gestellt worden. Eine Genehmigung setze deshalb zusätzlich voraus, dass die zugehörigen kurativen Leistungen zur onkologischen Versorgung vom Antragsteller erbracht und abgerechnet werden könnten. Von Hausärzten könnten die Leistungen jedoch nicht abgerechnet werden. Die Klägerin sei an ihren Zulassungsstatus gebunden. Die Klägerin verfüge auch nicht über eine Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der fachspezifischen Leistungen für die onkologische Versorgung, da hierfür die Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung vorausgesetzt werde. Die Erbringung der kurativen Spezialleistungen für die onkologische Versorgung bedingte wiederum die Zuerkennung der Kostenerstattung nach den Onkologieziffern.

Hiergegen legte die Klägerin am 23.01.2007 Widerspruch ein. Sie trug zur Begründung vor, nach § 9 Abs. 1 der Onkologie-Vereinbarung habe die Beklagte, wenn die Voraussetzungen nach der Vereinbarung erfüllt seien, keinen Ermessensspielraum zur Erteilung der Genehmigung. § 2 der Onkologie-Vereinbarung regle weiterhin eindeutig, dass die Tätigkeit als onkologisch verantwortlicher Arzt unabhängig von der hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung sei. Wenn eine Änderung im Jahr 2002 gewollt gewesen wäre, hätte man eine solche Änderung vorgenommen. Die Teilnahme an dieser Zusatzvereinbarung solle aber unabhängig von der Teilnahme an der haus- oder fachärztlichen Versorgung sein. Ziel der Vereinbarung sei die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung. Hierdurch sollten in der onkologischen Diagnostik und Therapie eine Alternative zur stationären Behandlung angeboten, Versorgungsengpässe vermieden und die vertragsärztliche onkologische Versorgung verbessert werden. Ein Ausschluss aller hausärztlich tätigen Ärzte und dazu noch derer mit den ausgewiesenen Schwerpunktbezeichnungen Onkologie und Hämatologie würde dem Sinn und dem Ziel dieser Vereinbarung zuwider laufen. Es gehe nicht um die Abrechnung der fachärztlichen Ziffern des EBM 2005, sondern um sog. Sonderziffern, so dass schon aus diesem Grund eine Vorrangstellung des EBM 2005 nicht gegeben sei. Gerade die Onkologie-Vereinbarung beziehe sich auf die Trennung der fachärztlichen und hausärztlichen Ebene, ansonsten wäre § 2 als Regelung überflüssig. Auch sei ein entsprechender Versorgungsbedarf gegeben. Selbst wenn man eine Vorrangstellung des EBM 2005

annehmen würde, würden sich hieraus keine Einschränkungen der Onkologie-Vereinbarungen ergeben. Nach der Präambel zu Kapitel 3 des EBM 2005 könnten Fachärzte für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, sämtliche Leistungen erbringen, die den Pseudoziffern der Onkologie-Vereinbarung entsprächen (beispielsweise Ziffer 02101, 02120). Es handele sich daher nicht ausschließlich um KO-Leistungen. Auch das Antragsformular sehe eine Trennung in haus- oder fachärztliche Versorgung nicht vor. Diese Rechtsauffassung werde auch von der KBV bestätigt, auf deren diesbezügliche Stellungnahme sie verweise und die sie beifügt habe.

Mit Widerspruchsbescheid vom 28.03.2007, der Klägerin am 03.04. zugestellt, wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Ergänzend zum Ausgangsbescheid führte sie aus, Nr. 1.5 der Onkologie-Vereinbarung für den Primärkassenbereich sowie § 2 Abs. 3 der Onkologie-Vereinbarung für den Ersatzkassenbereich bestimme, dass der Arzt als Voraussetzung für die Abrechnung der besonderen Kosten, die in der Vereinbarung geforderte fachliche Befähigung und außerdem die vollständige Erfüllung der jeweils in dieser Vereinbarung festgelegten weiteren Erfordernisse der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen müsse. Als Grundsatz werde durch Nr. 1.2 der Onkologie-Vereinbarung für den Primärkassenbereich sowie § 2 Abs. 1 der Onkologie-Vereinbarung für den Ersatzkassenbereich festgelegt, dass die diagnostische und therapeutische Versorgung von Krebskranken im Sinne der Vereinbarung nur von solchen Vertragsärzten übernommen werden könne, die nicht nur die ambulante Behandlung ganz oder teilweise durchführten, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan leiteten. Daraus folge, dass onkologisch verantwortlicher Arzt nur sein könne, wer auch die Möglichkeit zur Ausführung und Abrechnung der kurativen onkologischen Leistungen habe. Anderenfalls sei die geforderte Leistung der Gesamtbehandlung des Patienten schon nicht möglich. So führe auch § 3 der Ersatzkassen-Vereinbarung auf, was zur Behandlung krebskranker Patienten durch den onkologisch verantwortlichen Arzt insbesondere gehöre. Während die in den Absätzen 2 und 3 genannten Maßnahmen vom onkologisch verantwortlichen Arzt nicht nur persönlich, sondern auch durch andere Ärzte erbracht werden könnten (Wortlaut "Durchführung und/oder Koordination"), setze Abs. 1 voraus, dass der onkologisch verantwortliche Arzt diese Leistungen selbst erbringe (Wortlaut "Durchführung" "durch den onkologisch verantwortlichen Arzt"). Nach § 3 Abs. 1 Nr. 1 umfasse die vertragsärztliche Behandlung krebskranker Patienten durch den onkologisch verantwortlichen Arzt die Ausarbeitung eines umfassenden Therapieplanes (Gesamttherapieplan). Unter Nr. 4 führe die Vereinbarung auf, dass der Arzt die Tumortherapie einschließlich der Überwachung und die Dokumentation der akuten Therapietoxizität, der Nebenwirkungen und Zwischenfälle durchführen müsse. Diese Leistungen würden durch die Nummern 13500 (Erstellung eines krankheitsspezifischen Therapiekonzeptes, Behandlung einer Systemerkrankung) und 13502 EBM 2005 (Behandlung mit Chemotherapie, Erfassung und Dokumentation der Toxizität) abgerechnet. Als hausärztlich tätige Internistin könne die Klägerin die Ziffern 13500 und 13502 EBM 2005 nicht abrechnen. Ein Hausarzt könne deshalb die Anforderungen aus § 3 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 4 der Onkologie-Vereinbarung nicht mehr erfüllen. Er könne dann auch nicht gemäß § 2 Abs. 1 die ambulante Behandlung ganz oder teilweise selbst durchführen, weil die ambulante Behandlung von Onkologie-Patienten schwerpunktmäßig die spezielle onkologische Behandlung beinhalte (Erstellung des Therapiekonzeptes, Durchführung der ambulanten Chemotherapie). Etwas anderes folge auch nicht aus § 2 Abs. 1 der Onkologie-Vereinbarung im Ersatzkassenbereich. Eine entsprechende Regelung gebe es im Primärkassenbereich nicht. Durch den EBM 2005 sei hierzu eine speziellere Regelung getroffen worden. Bei dem EBM 2005 handele es sich um Normsetzung durch Vertrag. Die Möglichkeit zum Ansatz der Pseudoziffern 86500 bis 86505 als Kostenpauschalen setzten dennotwendig die Möglichkeit zur Ausführung und Abrechnung der kurativen onkologischen Leistungen voraus. Die Ziffern 13500 und 13502 EBM 2005 seien ohne Vorläuferregelungen im EBM 1996 neu eingefügt worden. Sie seien ausdrücklich im Bereich der arztgruppenspezifischen Leistungen in dem fachärztlichen Bereich der Inneren Medizin eingegliedert worden. Im hausärztlichen Bereich seien keine entsprechenden speziellen Ziffern vorgesehen. Es gebe dort keine speziellen onkologischen Leistungen. Die Ziffern 02101 und 02120 EBM 2005 aus dem Abschnitt "arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen" des EBM 2005 stellten keinen speziellen onkologischen Leistungen dar.

Hiergegen hat die Klägerin am 26.04.2007 die Klage erhoben. Sie ist weiterhin der Auffassung, die Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung stehe auch Ärzten, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen, offen. Die in § 3 der Onkologie-Vereinbarung aufgelisteten Maßnahmen müssten nicht zwingend erbracht werden und schon gar nicht von einem Arzt nach EBM-Ziffern abgerechnet werden können, um die Anerkennung zu erhalten. Selbst wenn man der Auffassung wäre, sie könne die EBM-Ziffern 13500 sowie 13502 EBM 2005 nicht abrechnen, so hindere dies nicht die Durchführung der in § 3 Abs. 1 Nr.1 und 4 der Onkologie-Vereinbarung aufgelisteten Maßnahmen. Kapitel 13.3.4 bestimme, dass die Leistungen, zu denen auch die Leistungen nach Ziffern 13500 und 13502 EBM 2005 gehörten, von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie berechnet werden könnten. Diese Voraussetzungen erfülle sie. Kapitel 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2005 zeige, dass die onkologischen Leistungen gemäß Kapitel 13.3.4 EBM 2005 auch dann abgerechnet werden dürften, wenn es für sie vertragliche Vereinbarungen gebe und die notwendige Genehmigung der Abrechnung dieser Leistungen durch die Kassenärztliche Vereinigung erteilt worden sei. Hierzu gehörten auch die Anlagen zum Bundesmantelvertrag. Der EBM 2008 enthalte hierzu keine Änderung der Rechtslage. Die hämato-/onkologischen Leistungen seien mit den gleichen Ziffern geregelt.

Die Klägerin beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 18.12.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.03.2007 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihr die Anerkennung als onkologisch verantwortliche Ärztin mit den entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen der Ziffern 86500 und 86501 (Primärkassen) sowie der Ziffern 86502, 86503, 86504 und 86505 (Ersatzkassen) zu erteilen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid und trägt ergänzend vor, nach der Onkologie-Vereinbarung solle die Durchführung und Koordination der onkologischen Behandlung gesamtverantwortlich erfolgen. Ohne die Befugnis, diese kurativen Leistungen ausführen und Abrechnungen zu können, könne die geforderte Leistung der Gesamtbehandlung des krebskranken Patienten nicht erfolgen. Entscheidend sei hierfür auch der Zulassungsstatus. Die Klägerin nehme an der hausärztlichen Versorgungsebene teil und könne daher die Ziffern des Kapitels 13.3.4 - hämato-/onkologische Leistungen - nicht abrechnen.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG -](#)).

Die Klage ist zulässig. Sie ist aber unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 18.12.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.03.2007 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch darauf, ihr die Anerkennung als onkologisch verantwortliche Ärztin mit den entsprechenden Abrechnungsgenehmigungen der Ziffern 86500 und 86501 (Primärkassen) sowie der Ziffern 86502, 86503, 86504 und 86505 (Ersatzkassen) zu erteilen. Die Klage war daher abzuweisen.

Mit der "Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung" vom 7. Juli 1994 (DÄ 1994, C-1285 ff, neugefasst mit Wirkung ab 1. Juli 1995, (DÄ 1995 C-1318 ff) - Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen) haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Verbände der Ersatzkassen zur Förderung der qualifizierten ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten im Ersatzkassenbereich das Institut des onkologisch verantwortlichen Arztes geregelt. Der onkologisch verantwortliche Arzt hat einerseits die Aufgabe, die ambulante Behandlung ganz oder teilweise selbst durchzuführen, andererseits die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan zu leiten und mit den zugezogenen Vertragsärzten zu koordinieren (§ 2 Abs. 1 der Vereinbarung). Seine Tätigkeit umfasst u. a. die Ausarbeitung eines Gesamttherapieplanes, die Information, Beratung und Motivation des Patienten sowie ggf. seiner Angehörigen, die fachliche Beratung mitbehandelnder Ärzte, die Durchführung der Tumorthherapie und erforderlichenfalls der intravasalen zytostatischen Chemotherapie, der endokrinen und zytostatischen Behandlung, der Verlaufsbeobachtung und Dokumentation sowie die Sicherstellung ständiger Hausbesuchsbereitschaft, der psychosozialen Betreuung des Patienten und seiner Familie sowie ggf. häuslicher Krankenpflege und der Rehabilitation (§ 3, insbesondere Abs. 1 und 3). Er muss die Behandlungen durchführen und/oder koordinieren (§ 3 Abs. 2 und 3) sowie dafür eine onkologische Kooperationsgemeinschaft der Fachärzte bilden (Pathologe, Radiologe, Strahlentherapeut, Internist, Allgemeinmediziner sowie Chirurg, Gynäkologe, Urologe oder Dermatologe; vgl. § 5). Er hat die erforderlichen Behandlungsplätze einzurichten und qualifiziertes Pflegepersonal zu beschäftigen (§ 4 Abs. 2). Ferner muss er die Durchführung der organisatorischen Maßnahmen gegenüber der KÄV nachweisen (§ 4 Abs. 1). Diese muss dem Vertragsarzt die Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung genehmigen (§ 9 Abs. 1) (vgl. BSG, Urt. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 18/98 R - MedR 1999, 479](#) = USK 99108, juris Rdnr. 12). Der onkologisch verantwortliche Arzt muss auch zumindest teilweise die ambulante Behandlung selbst durchführen (vgl. insb. § 2 Abs. 1, § 3, § 4, § 5) (vgl. BSG, Urt. v. 03.03.1999, [aaO.](#), Rdnr. 23). Entsprechend geht auch die Vereinbarung zwischen der Beklagten und den Landesverbänden der Primärkassen vom 19.12.1989 von einer Behandlung durch den onkologisch verantwortlichen Arzt aus (vgl. Ziffer 1.3).

Zur ärztlichen Behandlung des onkologisch verantwortlichen Arztes gehört auch die Erbringung der Leistungen nach Ziffern 13500 und 13502 EBM 2005. Zur Vermeidung von Wiederholungen verweist die Kammer auf die Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid, denen die Kammer folgt (vgl. [§ 136 Abs. 3 SGG](#)).

Die Klägerin ist nicht berechtigt, die EBM-Ziffern 13500 sowie 13502 EBM 2005 abzurechnen. Der EBM 2005 hat insofern die vom Gesetzgeber geforderte Abgrenzung zwischen dem haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich konsequent fortentwickelt und den fachärztlich-internistischen Bereich z. T. nach Schwerpunkten weiter aufgegliedert, was die Kammer grundsätzlich als zulässig ansieht (vgl. SG Marburg, Urt. v. 30.08.2006 - [S 12 KA 39/06 -](#); SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 - [S 12 KA 908/06 -](#); SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 - [S 12 KA 1003/06 -](#); SG Marburg, Urt. v. 23.05.2007 - [S 12 KA 998/06 -](#), alle www.sozialgerichtsbarkeit.de = juris; s. a. LSG Hessen, Beschl. v. 18.12.2006 - [L 4 KA 70/06 ER -](#)).

Die genannten Onkologie-Vereinbarungen stammen insoweit vor den Änderungen des EBM und können dem EBM nicht vorgehen bzw. beinhalten keine Regelungen, welche Leistungen erbracht werden dürfen. Auch aus Ziffer 1.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM 2005 folgt bereits nach dem Wortlaut nicht, dass die spezifischen onkologischen Leistungen erbracht werden könnten. Die genannten Onkologie-Vereinbarungen setzten vielmehr voraus, dass die spezifischen onkologischen Leistungen auch erbracht werden dürfen, da ansonsten keine ausreichende onkologische Behandlung erfolgt. In der Konsequenz führt dies dazu, dass nur noch Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung "Hämatologie und internistische Onkologie" als onkologisch verantwortliche Ärzte im Sinne der genannten Onkologie-Vereinbarungen tätig sein können. Maßgeblich hierfür ist aber nicht allein die fachliche Weiterbildung, sondern der Zulassungsstatus. Die Klägerin hat sich für den hausärztlichen Versorgungsbereich entschieden und kann somit fachärztliche Leistungen nur nach entsprechender Entscheidung des Zulassungsausschusses (vgl. [§ 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V](#)) oder bei Wechsel der Versorgungsebene und Zulassung mit ihrer Schwerpunktbezeichnung erbringen und abrechnen.

Nach allem war der angefochten Bescheid rechtmäßig und die Klage daher abzuweisen.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-10-09