

S 12 KA 32/06

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 32/06

Datum

03.05.2006

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Eine schmerztherapeutisch tätige Anästhesiologin hat keinen Anspruch auf Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. 03001, 03002, 03005, 03311, 03312, 03313, 21210, 21211, 21212, 21215, 21216, 21220, 27310 EBM 2000 plus bzw. (hilfsweise) der Nr. 16210, 16211, 16212 und 16215 EBM 2000 plus für die Quartale ab II/05 ff. Diese Leistungen sind für ihr Fachgebiet weder wesentlich noch prägend. Es bestehen Abrechnungsmöglichkeiten nach den in Kapitel 5 EBM 2000 plus (Anästhesiologische Leistungen) genannten Leistungen.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Sie hat auch die Gerichtskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus den Kapiteln 3, 16, 21 und 27 EBM 2000 plus für die Quartale ab II/05 ff.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Anästhesiologie mit den Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Spezielle Schmerztherapie mit Praxisnitz in A. seit 01.02.1984 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Am 25.04.2005 beantragte sie die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. 03001, 03002 und 03005 Palliativmedizin/Bereitschaft, 03311 Ganzkörperstatus, 03312 Klinisch-neurologische Basisdiagnostik, 03313 Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status, 21216 Fremdanamnese, 21220 Psychiatrisches Gespräch, 27310 Funktioneller Ganzkörperstatus sowie 35300 EBM 2000 plus Anwendung und Auswertung standardisierter Testverfahren. Am 09.06.2005 beantragte sie ferner, als Ordinationskomplex bei chronisch schmerzkranken Patienten die Nr. 21210, 21211, 21212 und 21215 zu genehmigen, ersatzweise die Nr. 16210, 16211, 16212 und 16215 EBM 2000 plus. Bei ihrer ausschließlich schmerztherapeutischen Praxis handele es sich um eine vergleichbare bzw. identische Kostenstelle.

Mit Bescheid vom 23.06.2005 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Sie führte aus, die Bestimmungen des EBM 2000 plus 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. Als Anästhesiologin sei sie auf die Leistungen nach Kapitel 5 EBM 2000 plus sowie die in der Präambel des Kapitels 5.1 unter Nr. 3 und 4 genannten Leistungen beschränkt. Die von der Klägerin beantragten Leistungen gehörten nicht hierzu. Eine Abrechnungsmöglichkeit werde auch in den einzelnen Kapiteln 3, 16, 21 und 27 nicht vorgesehen. Die Abrechnungsmöglichkeit für die Nr. 35300 EBM 2000 plus sei nur für bestimmte Fachärzte, die zudem über eine Genehmigung nach der Psychotherapievereinbarung verfügten, vorgesehen. Hierzu gehöre die Klägerin nicht.

Hiergegen legte die Klägerin am 04.07.2005 Widerspruch ein. Zur Begründung trug sie vor, die Ergänzende Vereinbarung zum EBM sehe ausdrücklich vor, dass aus Sicherstellungsgründen eine Erweiterung des Leistungsspektrums genehmigt werden könne. Der EBM-Katalog berücksichtige in keiner Weise die Belange der Schmerztherapie. Soweit fachfremde Leistungen nicht in Betracht kämen, beantrage sie die Schaffung eigener Leistungsziffern für den Ordinationskomplex, Untersuchungen und Beratungen. Die bisherige Regelung sei für Schmerztherapeuten existenzbedrohend.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.12.2005, zugestellt am 21.12., half die Beklagte dem Widerspruch insofern ab, als die Leistung nach Nr. 35300 EBM 2000 plus betroffen war und wies den Widerspruch im Übrigen zurück. In der Begründung führte sie ergänzend zum Ausgangsbescheid aus, aufgrund der fachgruppenspezifischen Abrechnungssystematik des EBM 2000 plus sei die fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen maßgebend. Darüber hinaus habe der Vorstand festgelegt, dass aus Gründen der Sicherstellung in begründeten Einzelfällen eine Genehmigung zuerkannt werden könne. In X. sei die hausärztliche, neurologische und psychiatrische Versorgung sichergestellt, da nach der Bedarfsplanung eine Überversorgung bestehe. Hinsichtlich der Nr. 27310 EBM 2000 plus sei anzumerken, dass die Klägerin die entsprechende Nr. 60 EBM '96 in den Quartalen I/03 bis I/05 nicht abgerechnet habe. Die ärztliche Versorgung sei auch durch zwei Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin in X. sichergestellt. [§ 73 SGB V](#) sehe auch eine Trennung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgungsebene vor, wovon nicht abgewichen werden könne. Für die Nr. 35300 EBM 2000 plus bedürfe die Klägerin aufgrund ihrer Zusatzbezeichnung Psychotherapie keiner Abrechnungsgenehmigung. Eine Einführung neuer Leistungsziffern bzw. eine Neukalkulation der Abrechnungsziffern des EBM 2000 plus für Schmerztherapeuten sei wegen der Bindung an die Entscheidung des Bewertungsausschusses nicht möglich.

Hiergegen hat die Klägerin am 17.01.2006 die Klage erhoben. Sie trägt ergänzend vor, die Beklagte verkenne, dass gemäß Nr. 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM 2000 plus eine Berechnung/Abrechnung der Leistungen dann fachübergreifend erfolgen könne, wenn die Tätigkeit unter mehreren Gebietsbezeichnungen ausgeübt werde. Für die Schmerztherapie sei eine fachübergreifende Leistungserbringung notwendig. Es würden auch kostensparend Überweisungen eingespart.

Die Klägerin beantragt, den Bescheid vom 23.06.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.12.2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid. Ergänzend trägt sie vor, nach der fachgruppenspezifischen Abrechnungssystematik könne eine Genehmigung der noch strittigen Leistungen nicht erteilt werden. Die Klägerin besitze nur die Facharztbezeichnung für Anästhesiologie und übe ihre Tätigkeit daher auch nur unter dieser Bezeichnung aus. Die in Nr. 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM 2000 plus genannten Voraussetzungen lägen daher nicht vor. Der EBM 2000 plus sehe grundsätzlich schon eine fachgruppenübergreifende Abrechnung bezüglich allgemeiner und spezieller Leistungen vor; dies sei in 1.2 der Allgemeinen Bestimmungen festgehalten. Dies setze aber das Vorliegen der entsprechend normierten Voraussetzungen vor. Eine Sicherstellungsproblematik liege nicht vor. Als Fachärztin könne die Klägerin nicht die hausärztlichen Leistungen nach Kapitel 3 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 verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#) -). Sie konnte dies trotz Ausbleibens der Klägerin oder eines von ihr entsandten Vertreters tun, weil sie ordnungsgemäß geladen und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist (vgl. [§ 110 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Ferner hat ihr Prozessbevollmächtigter mit Schriftsatz vom 02.05.2006 mitgeteilt, er werde den Termin persönlich nicht wahrnehmen, es könne eine Entscheidung nach Lage der Akten erfolgen.

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der angefochtene Bescheid vom 23.06.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19.12.2005 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erteilung einer Genehmigung zur Abrechnung der noch strittigen Leistungen für die Quartale ab II/05 ff. und von daher auch keinen Anspruch auf Neubescheidung. Die Klage war abzuweisen.

Mit ihrem Neubescheidungsantrag versucht die Klägerin eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. 03001, 03002, 03005, 03311, 03312, 03313, 21210, 21211, 21212, 21215, 21216, 21220, 27310 EBM 2000 plus für die Quartale ab II/05 ff. zu erreichen bzw. hilfsweise die Genehmigung, anstatt der Nr. 21210, 21211, 21212 und 21215 EBM 2000 plus die Nr. 16210, 16211, 16212 und 16215 EBM 2000 plus abrechnen zu können. Die Nr. 35300 EBM 2000 plus kann von ihr ohne Genehmigung erbracht werden, worauf die Beklagte zutreffend hingewiesen hat.

Nach dem ab 01.04.2005 geltenden EBM 2000 plus sind die abrechnungsfähigen Leistungen drei Bereichen zugeordnet: arztgruppenübergreifenden allgemeinen Leistungen, arztgruppenspezifischen Leistungen und arztgruppenübergreifenden speziellen 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 2000 plus). 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 2000 plus).

Die von der Klägerin begehrten Leistungen gehören allesamt nicht zu den nach Kapitel 5 EBM 2000 plus (Anästhesiologische Leistungen) von der Klägerin abrechenbaren Leistungen. Die Leistungen werden auch nicht in der Präambel des Kapitel 5 EBM 2000 plus genannt. Es handelt sich um Leistungen nach Abschnitt III und damit um arztgruppenspezifische Leistungen. Im Einzelnen handelt es sich um Leistungen der von der Klägerin als Fachärztin nicht abrechenbaren hausärztlichen Versorgungsebene (Nr. 03001, 03002, 03005, 03311, 03312, 03313

EBM 2000 plus) oder um Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs, die nur von den in der Präambel des Kapitels 21 (Psychiatrische oder Psychotherapeutische Leistungen) (Nr. 21210, 21211, 21212, 21215, 21216, 21220 EBM 2000 plus) oder des Kapitels 27 (Leistungen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin) (Nr. 27310 EBM 2000 plus) bzw. - hinsichtlich des hilfsweisen Begehrens der Klägerin - des Kapitels 16 EBM 2000 plus (Neurologische und neurochirurgische Leistungen) (Nr. 16210, 16211, 16212 und 16215 EBM 2000 plus) genannten Leistungserbringern abgerechnet werden können.

Die Beklagte hat die Bestimmungen des EBM 2000 plus zutreffend angewandt. Danach kann eine Genehmigung für die von der Klägerin 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 der Klägerin nicht besteht. Hierauf wird im Einzelnen verwiesen ([§ § 136 Abs. 3 SGG](#)).

Die genannten Bestimmungen des EBM 2000 plus 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 Vergütungsstatbestände. 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 von Klägerin begehrten Leistungen sind für ihr Fachgebiet weder wesentlich noch prägend. Hinzu kommt, dass die Klägerin die im Kapitel 5 EBM 2000 plus (Anästhesiologische Leistungen) genannten Leistungen abrechnen kann. Letztlich geht es der Klägerin nicht allein um die Erbringung bestimmter Leistungen, sondern um eine Höherbewertung der von ihr erbrachten Leistungen. Die Pauschalleistungen nach Nr. 03001, 03002, 03005 EBM 2000 plus werden, abgesehen davon, dass es sich um typische, dem hausärztlichen Versorgungsbereich zugewiesene Aufgaben handelt, im Wesentlichen durch den Ordinations- und Konsultationskomplex (Nr. 05210 bis 05215 EBM 2000 plus) abgedeckt. Dies gilt gleichfalls für die Nr. 21210, 21211, 21212 und 21215 EBM 2000 plus bzw. 16210, 16211, 16212 und 16215 EBM 2000 plus. Soweit die Klägerin schmerztherapeutisch tätig ist und die Voraussetzungen nach der Präambel zu Kapitel 30.7 EBM 2000 plus erfüllt, kann sie u. a. die Komplexnr. 30700 und 30701 EBM 2000 plus abrechnen. Von diesen Komplexnr. werden insofern die Leistungsinhalte nach Nr. 03311 (Ganzkörperstatus), 03312 (klinisch-neurologische Basisdiagnostik), 03313 (Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status), 21216 (Fremdanamnese), 21220 (Psychiatrisches Gespräch, Psychiatrische Behandlung, Beratung, Erörterung und/oder Abklärung), 27310 EBM 2000 plus (Funktioneller Ganzkörperstatus), soweit sie zur schmerztherapeutischen Behandlung gehören, erfasst. Bei Vorliegen der erforderlichen Qualifikationsvoraussetzungen sind ferner u. U. die Leistungen nach Kapitel 35 EBM 2000 plus abrechenbar.

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.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2006-12-28