

S 12 KA 1235/05

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 1235/05

Datum
03.05.2006
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein Facharzt für Orthopädie hat keinen Anspruch auf Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. 27311 (Klinisch-neurologische Basisdiagnostik) und 27332 EBM 2000 plus (Physikalisch-rehabilitative Diagnostik und Therapie bei Schädigung der Strukturen und Funktionen). Für die Zuerkennung der Nr. 27311 für einen Orthopäden besteht schon deshalb kein Grund, weil ein Orthopäde eine (weiterführende) neurologische Diagnostik erbringen kann und soll, diese Leistung aber bereits von der Komplexziffer nach Nr. 18311 EBM 2000 plus erfasst wird. Ebenso kann ein Orthopäde die von der Nr. 27332 EBM 2000 plus erfassten Teilleistungen erbringen, muss sie aber nach anderen Gebührennr. abrechnen.

Soweit die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV abgeschlossene Ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 (DÄ 2005, A 77) davon ausgeht, die KVen 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 KVen folgt, soweit ein ungedeckter Bedarf im Versorgungsbereich nicht besteht.

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 um eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. 27311 und 27332 EBM 2000 plus für die Quartale ab II/05 ff.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Orthopädie mit Praxisstz in B. seit 01.04.1983 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie führte zunächst eine Gemeinschaftspraxis bis zum Juni 2004 mit Herrn Dr. Z., seitdem mit Herrn Dr. A. Facharzt für Orthopädie.

Am 29.03.2005 beantragte sie die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. 27311, klinisch-neurologische Basisdiagnostik, und 27332 EBM 2000 plus, physikalisch-rehabilitative Diagnostik und Therapie. Sie trug vor, aufgrund ihres Facharztes führe sie regelmäßig eine klinisch-neurologische Basisdiagnostik durch. Es handele sich um obligate Bestandteile der regelmäßigen Patientenuntersuchung, Diagnoseerstellung und Betreuung, weshalb sie diese Leistung abrechnen müsse. Gleiches gelte für die Leistung nach Nr. 27332 EBM 2000 plus. Es gebe Parallelen zur Orthopädie: Untersuchung und Behandlung von Skoliosen, zentralen und peripheren Paresen und entsprechenden Fehlstellungen an den Extremitäten. Dies seien häufig vorkommende Krankheitsbilder in der orthopädischen Praxis.

Mit Bescheid vom 07.06.2005 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 Orthopädin sei die Klägerin auf die Leistungen nach Kapitel 18 EBM 2000 plus beschränkt. Entsprechende Anträge auf Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung seien auch bei Vorliegen einer nachgewiesenen Qualifikation grundsätzlich abzulehnen. Hiervon könne nur aus Sicherstellungsgründen abgewichen werden. Eine Unterversorgung hinsichtlich der Leistungen des Kapitels 27 EBM 2000 plus im Bereich B. bzw. der näheren Umgebung sei nicht feststellbar. In B. erbrächten noch zwei Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin entsprechende Leistungen.

Abschließend sei darauf hinzuweisen, dass die "weiterführende neurologische Diagnostik" ein obligater Leistungsinhalt der vom Kläger berechnungsfähigen Leistungen nach Nr. 18310 und 18311 EBM 2000 plus sei.

Hiergegen legte die Klägerin am 22.06.2004 Widerspruch ein. Zur Begründung trug sie vor, die beiden B. Kollegen seien ebf. Orthopäden und hätten ihre Zulassung nur auf dem Sektor physikalische und rehabilitative Medizin erhalten. Sie seien gleichfalls orthopädisch tätig. Sie besitze gleiche fachliche Fähigkeiten. Die Behandlung von Skoliose-Patienten sei nicht Aufgabe der physikalischen und rehabilitativen Medizin, sondern gehöre zum orthopädischen Bereich. Die Honorierung der Leistungen nach Nr. 18310 und 18311 EBM 2000 plus sei wesentlich geringer.

Mit Widerspruchsbescheid vom 02.11.2005, zugestellt am 10.11., sowie mit weitgehend textidentischem 2. Widerspruchsbescheid vom 19.12.2005, zugestellt am 20.12.2005, wies die Beklagte den Widerspruch zurück. In der Begründung führte sie aus, aufgrund der fachgruppenspezifischen Abrechnungssystematik des EBM 2000 plus sei die fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen maßgebend. Die im Kapitel 27.1 EBM 2000 plus aufgeführten Leistungen könnten auf Antrag auch von Gebietsärzten mit der Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen und/oder Sozialmedizin abgerechnet werden; nach Erhalt der Genehmigung könnten sie aber nicht mehr die Leistungen ihres arztgruppenspezifischen Kapitels berechnen. Darüber hinaus habe der Vorstand festgelegt, dass aus Gründen der Sicherstellung in begründeten Einzelfällen eine Genehmigung zuerkannt werden könne. Hierfür sei maßgeblich, ob im Umkreis von 50 km ausreichend Ärzte zur Verfügung stünden. Die Klägerin könne nur Leistungen ihres Kapitels im EBM 2000 plus abrechnen. Eine Sonderregelung aus Gründen der Sicherstellung komme nicht in Betracht. In B. seien zwei Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin niedergelassen. Insbesondere in dem 20 km entfernten X. seien weitere Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin niedergelassen. Die klinisch-neurologische Basisdiagnostik sei in der Vergangenheit nach der Nr. 801 EBM '96 berechnungsfähig gewesen. Soweit die Gemeinschaftspraxis in der Vergangenheit die Nr. 801 EBM '96 in größerem Umfang abgerechnet habe, ergebe sich keine andere Bewertung, da eine ausreichende Zahl anderer Ärzte zur Verfügung stehe. Diese Leistungen könnten auch von weiteren Arztgruppen abgerechnet werden. Teilbereiche könnten von ihr nach den Br. 18310 und 18311 EBM 2000 plus abgerechnet werden. Die Nr. 27322 EBM 2000 plus könne nicht von Orthopäden abgerechnet werden, unabhängig davon, ob tatsächlich eine Parallelität der Leistungen bestehe.

Hiergegen hat die Klägerin am 23.11.2005 die Klage erhoben. Sie trägt ergänzend vor, vom 01.07. bis 31.12.2005 habe sie 2.954 neurologische Untersuchungen durchgeführt.

Die Klägerin beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 07.06.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.11.2005 und des Widerspruchsbescheides vom 19.12.2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. 27311 und 27332 EBM 2000 plus 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 2000 plus keinen Anspruch auf Genehmigung der beantragten EBM-Ziffern. Eine begünstigende Sonderregelung aus Gründen der Sicherstellung komme ebenfalls nicht in Betracht. Eine Sonderregelung sei gem. [§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) grundsätzlich möglich. Am Praxissitz der Klägerin und der näheren Umgebung gebe es aber ausreichend Ärzte, die die strittigen Leistungen erbringen würden.

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 –).

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der angefochtene Bescheid vom 07.06.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.11.2005 und 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 Leistungen nach Nr. 27311 und 27332 EBM 2000 plus für die Quartale ab II/05 ff. Die Klage war abzuweisen.

Nach dem ab 01.04.2005 geltenden EBM 2000 plus 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 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 nach Nr. 27311 (Klinisch-neurologische Basisdiagnostik, 300 Punkte) und 27332 EBM 2000 plus (Physikalisch-rehabilitative Diagnostik und Therapie bei Schädigung der Strukturen und Funktionen, 1.130 Punkte) gehören zum Kapitel 27 EBM 2000 plus. Es handelt sich um Leistungen nach Abschnitt III und damit um arztgruppenspezifische Leistungen. Kapitel 27 EBM 2000 plus fasst Leistungen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin zusammen. Die in Kapitel 27 EBM 2000 plus aufgeführten Leistungen

können ausschließlich von Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin berechnet werden (Präambel 27.1 Nr. 1 EBM 2000 plus). Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung können - wenn sie im Wesentlichen Leistungen der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin erbringen - gemäß [§ 73 Abs. 1a SGB V](#) auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erhalten und Leistungen dieses Kapitels berechnen. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen des Kapitels 3 nicht mehr berechnen (Präambel 27.1 Nr. 2 EBM 2000 plus). Gebietsärzte, die die Zusatzbezeichnung Rehabilitationswesen und/oder Sozialmedizin führen, können auf deren Antrag die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen dieses Kapitels erhalten. Nach Erhalt der Genehmigung können sie Leistungen ihres arztgruppenspezifischen Kapitels nicht mehr berechnen (Präambel 27.1 Nr. 3 EBM 2000 plus).

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](#)). Ergänzend ist hinzuzufügen, dass aber für die Zuerkennung der Nr. 27311 schon deshalb kein Grund besteht, weil ein Orthopäde eine (weiterführende) neurologische Diagnostik erbringen kann und soll, diese Leistung aber bereits von der Komplexziffer nach Nr. 18311 EBM 2000 plus erfasst wird. Ebenso kann ein Orthopäde die von der Nr. 27332 EBM 2000 plus erfassten Teilleistungen erbringen, muss sie aber nach anderen Gebührennr. abrechnen.

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 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 von der Klägerin begehrten Leistungen sind für sein Fachgebiet weder wesentlich noch prägend. Hinzu kommt, dass die Klägerin die im Kapitel 18 EBM 2000 plus (Orthopädische Leistungen) genannten Leistungen abrechnen kann, zu denen die Nr. 18310 und 18311 EBM 2000 plus gehören. Zur Nr. 18310 EBM 2000 plus "Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, traumatisch, posttraumatisch, perioperativ) und/oder von (einer) entzündlichen Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates und/oder von (einer) Skelettanomalie(n) bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern" gehört als obligater Leistungsinhalt u. a. neben der Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik auch die weiterführende neurologische Diagnostik. Zur Nr. 18311 EBM 2000 plus "Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (angeboren, erworben, degenerativ, posttraumatisch, perioperativ) und/oder einer entzündlichen Erkrankung des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen (außer degenerativen und funktionellen Erkrankungen der

Wirbelsäule)" gehört als obligater Leistungsinhalt u. a. neben der Funktionsdiagnostik (ggf. segmental) und Differentialdiagnostik ebf. die weiterführende neurologische Diagnostik. Bei der Nr. 27332 EBM 2000 plus handelt es sich um eine Behandlungspauschale, die viele Teilleistungen des Gebiets der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin umfasst. Soweit die Teilleistungen auch zum Bereich der Orthopädie gehören, so kann die Klägerin sie erbringen, muss sie aber nach anderen Gebührennr. abrechnen, z. B. nach Nr. 18220 EBM 2000 plus (Beratung, Erörterung und/oder Abklärung).

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