

S 12 KA 657/06

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 657/06
Datum
30.08.2006
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 63/06
Datum
11.01.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Kennzeichnungspflicht nach Nr. 5.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2000 plus gilt nicht ausnahmslos für alle Gemeinschaftspraxen. Die Klassifizierung als versorgungsbereichs- oder fachgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxis folgt allein aus dem Zulassungsstatus (vgl. [§ 73 Abs. 1](#) und 1a SGB V). Eine Gemeinschaftspraxis zweier Fachärzte für Allgemeinmedizin unterliegt nicht der Kennzeichnungspflicht, auch soweit einer der Ärzte psychotherapeutische Leistungen nach Abschnitt IV EBM 2000 plus erbringt. Arztgruppenübergreifende Leistungen können nicht von vornherein einem bestimmten Versorgungsbereich oder einer Arztgruppe zugerechnet werden.

1. Unter Aufhebung des Bescheides der Beklagten vom 14.11.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.03.2006 wird die Beklagte verurteilt, die Klägerin von der Kennzeichnungspflicht nach Nr. 5.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM 2000 plus für das Quartal III/05 zu befreien.

2. Es wird festgestellt, dass eine Kennzeichnungspflicht der Klägerin nach Nr. 5.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2000 plus seit dem Quartal IV/05 ff. nicht besteht und die Beklagte nicht berechtigt ist, die seitdem zur Verfügung gestellten Abrechnungsdaten arztbezogen zu verwenden.

3. Die Beklagte hat der Klägerin die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten und trägt die Gerichtskosten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Befreiung von der Leistungskennzeichnungspflicht für das Quartal III/05 und um die Feststellung, dass eine Kennzeichnungspflicht ab den Quartalen IV/05 ff. nicht besteht.

Die Klägerin ist eine zweier Ärzte mit Praxissitz in A-Stadt. Dr. S. führt die Zusatzbezeichnung Psychotherapie. Er ist seit 01.07.1976 als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Zum 20.09.1999 erfolgte die Umwandlung seiner Zulassung zum Facharzt für Allgemeinmedizin/psychotherapeutisch tätiger Arzt; nach der Bedarfsplanung ist er eingestuft mit 70 % Psychotherapie und 30 % Allgemeinmedizin. Herr UQ. ist seit 01.05.1993 als praktischer Arzt und sei 30.07.1997 als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die besteht seit 01.05.1993.

Nach Angaben der Beklagten informierte sie die Ärzteschaft nach Einführung des neuen EBM zum Quartal II/05 wiederholt in ihrem Publikationsorgan "info.doc" über die Kennzeichnungspflicht der Leistungen in versorgungsbereichs- und fachgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen nach Nr. 5.3 der allgemeinen Bestimmungen des neuen EBM.

Unter Datum vom 08.08.2005 teilte die Beklagte der Klägerin mit, es sei nunmehr eine arztbezogene Kennzeichnung der abgerechneten Leistungen bundesweit verbindlich vorgeschrieben. Hierüber habe man im info.doc Nr. 1 vom Februar 2005 informiert. Die von der Klägerin eingereichte Abrechnung sei jedoch ohne die entsprechende Kennzeichnung. Es liege ein Verstoß gegen die Abrechnungsbestimmungen vor. Eine Zurückweisung der Abrechnung sowie eine Neuerstellung wäre angezeigt gewesen. In Anbetracht des hieraus resultierenden nicht unerheblichen Arbeitsaufwandes für ihre Praxis habe der Vorstand beschlossen, die Quartalsabrechnung II/05 trotz dieses erheblichen Mangels nicht zur Neuerstellung zurückzuschicken, sondern unter Vorbehalt zu bearbeiten. Es sei jedoch darauf hinzuweisen, dass dies nur für das Quartal II/05 so akzeptiert werden könne. Es werde darauf hingewiesen, dass das aus der Bearbeitung der Quartalsabrechnung II/05 resultierende Honorar unter dem Vorbehalt einer eventuellen Beanstandung aufgrund dieses formalen bzw. inhaltlichen Mangels durch die Krankenkassen stehe.

Hiergegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 16.08.2005 Widerspruch ein, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 02.11.2005 als unzulässig zurückwies. Sie wies darauf hin, bei dem Schreiben vom 08.08.2005 habe es sich nicht um einen Verwaltungsakt gehandelt, der mit einem Widerspruch hätte angefochten werden können. Sie wertete aber das Schreiben vom 16.08.2005 als Antrag auf Aufhebung der Verpflichtung zur Leistungskennzeichnung.

Diesen Antrag lehnte sie mit Bescheid vom 14.11.2005 ab. Sie verwies auf die Kennzeichnungspflicht nach dem EBM 2000 plus und führte weiter aus, die bestehe aus einem zugelassenen Facharzt für Allgemeinmedizin und einem zugelassenen psychotherapeutisch tätigen Arzt/Facharzt für Allgemeinmedizin. Insofern unterliege die Praxis grundsätzlich der Kennzeichnungspflicht. Von untergeordneter Bedeutung sei hierbei die Zusatzbezeichnung eines der Ärzte. Entscheidend sei vielmehr die Zulassung als psychotherapeutisch tätiger Arzt (neben der Allgemeinmedizin), da insoweit ein überwiegender Anteil psychotherapeutischer Leistungen, gemessen am Gesamtspektrum, erbracht werde. Im Ergebnis handle es sich um eine versorgungsübergreifende. Hierüber habe sie in den info.doc Nrn. 1, 2, 3 und 4 des Jahres 2005 informiert. Mit der Abrechnung des Quartals II/05 habe man ebenfalls darauf hingewiesen und der Klägerin mitgeteilt, dass diese an und für sich zurückzuweisen gewesen wäre. Ab dem Quartal III/05 wäre aber eine Kennzeichnung möglich gewesen. Es handle sich auch um Vorgaben nach den Bundesmantelverträgen.

Am 31.10.2005 reichte die Klägerin den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung über das Sozialgericht Frankfurt am Main ein (Az.: S 2 AR 59/05 ER). Das Sozialgericht Frankfurt am Main verwies mit Beschluss vom 07.11.2005 das Verfahren an das entscheidende Gericht. Die Kammer verpflichtete die Beklagte mit Beschluss vom 21.11.2005 – [S 12 KA 1140/05 ER](#) – www.sozialgerichtsbarkeit.de, die Honorarabrechnung für das Quartal III/05 ohne eine nachträgliche Kennzeichnung der abgerechneten Leistungen mit dem Namen des jeweiligen Behandlers, aber unter dem Vorbehalt, eine nachträgliche Kennzeichnung der abgerechneten Leistungen mit dem Namen des jeweiligen Behandlers bei Durchführung einer Plausibilitätsprüfung oder aus sonstigen Gründen verlangen zu können, zur Honorarverteilung anzunehmen. Im Übrigen lehnte die Kammer den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ab.

Am 29.11.2005 legte die Klägerin gegen den Bescheid vom 14.11.2005 Widerspruch ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 01.03.2006, zugestellt am 09.03., wies die Beklagte den Widerspruch zurück. In der Begründung führte sie aus, mit Einführung des EBM 2000 plus sei zum 01.04.2005 für versorgungs- und fachgruppenübergreifende Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren eine arztbezogene der abgerechneten Leistungen bundesweit verbindlich vorgeschrieben worden in Nr. 5.3 der Allgemeinen Bestimmungen. Die Klägerin unterliege aufgrund der psychotherapeutischen Tätigkeit des Dr. S. dieser Kennzeichnungspflicht. Die Kennzeichnungspflicht sei auch in § 44 Abs. 6/§ 34 Abs. 12 EKV vorgesehen. Über die Kennzeichnungspflicht habe sie hinreichend informiert. Im Hinblick auf den Arbeitsaufwand habe man bereits für das Quartal II/05 von der Kennzeichnungspflicht abgesehen.

Hiergegen hat die Klägerin am 05.04.2006 die Klage erhoben. Sie trägt vor, die Umwandlung der Zulassung des Dr. S. sei ihr erstmals im Widerspruchsverfahren mitgeteilt worden. Ein Antrag sei nie gestellt worden. Eine solche Festlegung sei ohne Zustimmung unzulässig. Die Einstufung im Hinblick auf die Bedarfsplanung sei nicht mit ihrer Zuordnung zu verschiedenen Arztgruppen gleichzusetzen. Auch die Behandlungsfälle der "großen Psychotherapie" würden mit der "Hausärztlichen Grundvergütung" honoriert werden. Die arztbezogene Kennzeichnungspflicht setze die Abrechnung arztgruppenspezifischer Leistungen voraus in versorgungsbereich- und fachgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen. Hierzu sei sie nicht zu rechnen. Die Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" erweitere nicht die Gebietsgrenze. Es gebe nur den haus- und den fachärztlichen Versorgungsbereich. Kapitel 35 EBM 2000 plus stelle keinen Versorgungsbereich dar. Ihr Anteil bei genehmigungspflichtigen Psychotherapie-Leistungen liege bei exakt 20 %. Bei nur einem für die Psychotherapie-Leistungen qualifizierten Arzt in einer Praxis sei die Zuordnung ohne Kennzeichnung bereits eindeutig. Andere Zusatzbezeichnungen lösten die Kennzeichnungspflicht nicht aus. Die Honorierung der Psychotherapie-Leistungen erfolge ausschließlich aus dem Honorarbereich "Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgungsebene".

Die Klägerin beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 14.11.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.03.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, sie von der Kennzeichnungspflicht nach Nr. 5.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM 2000 plus für das Quartal III/05 zu befreien und festzustellen, dass eine Kennzeichnungspflicht seit dem Quartal IV/05 ff. nicht besteht und die Beklagte nicht berechtigt ist, die seitdem zur Verfügung gestellten Abrechnungsdaten arztbezogen zu verwenden.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Bescheid. Ergänzend trägt sie vor, aufgrund der teilweisen psychotherapeutischen Tätigkeit sei von einer versorgungsübergreifenden Tätigkeit auszugehen. Nach Nr. 5.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM 2000 plus reiche es aus, wenn die versorgungsbereichsübergreifend tätig sei. Es müsse sich nicht um Ärzte verschiedener Fachgruppen handeln. Die Erbringung arztgruppenspezifischer Leistungen sei nicht zwingend erforderlich. Aus Nr. 5.2 EBM 2000 plus könnten keine Folgerungen für Nr. 5.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM 2000 plus gezogen werden.

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 Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#) -).

Die Klage ist zulässig. Die Pflicht zur Kennzeichnung für das Quartal III/05 ist durch die Honorarabrechnung noch nicht vollständig erledigt,

da die Beklagte ggf. berechtigt ist, eine nachträgliche Kennzeichnung zu verlangen. Der Feststellungsantrag ist nach [§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#) zulässig, da die Frage der Kennzeichnungspflicht auch in den Folgequartalen zwischen den Beteiligten umstritten ist. Die Klägerin kann nicht darauf verwiesen werden, ihre Abrechnung zunächst ohne Kennzeichnung abzugeben.

Die Klage ist auch begründet. Der angefochtene Bescheid vom 14.11.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.03.2006 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Befreiung von der Kennzeichnungspflicht nach Nr. 5.3 der Allgemeinen Bestimmungen EBM 2000 plus für das Quartal III/05 und auf Feststellung, dass eine Kennzeichnungspflicht seit dem Quartal IV/05 ff. nicht besteht und die Beklagte nicht berechtigt ist, die seitdem zur Verfügung gestellten Abrechnungsdaten arztbezogen zu verwenden.

Nach Nr. 5.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2000 plus sind bei der Abrechnung die abgerechneten Leistungen nach Maßgabe der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung in versorgungsbereichs- und/oder fachgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen gem. [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) gem. § 44 Abs. 6 BMV-Ä bzw. § 34 Abs. 12 EKV-Ä arztbezogen zu kennzeichnen. Nach den genannten Bestimmungen in den Bundesmantelverträgen sind bei der Abrechnung der abgerechneten Leistungen nach Maßgabe der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung in versorgungsbereichs- und/oder arztgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen, medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen gem. [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) arztbezogen zu kennzeichnen.

Hiernach war die Beklagte nicht berechtigt, von der Klägerin die umstrittene Kennzeichnung zu verlangen. Dies ergibt die Auslegung der einschlägigen Leistungsbestimmungen des EBM. Für deren Auslegung ist nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier keine Veranlassung sieht, in erster Linie der Wortlaut der Bestimmungen maßgeblich. Dies gründet sich zum einen darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Bewertungsausschusses selbst ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen entspricht die primäre Bindung an den Wortlaut dem Gesamtkonzept des EBM als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Nur soweit der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es seiner Klarstellung dient, ist Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Gebührenregelungen. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt ebenfalls nur bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen in Betracht und kann nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben. Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden (vgl. BSG, Urte. v. 22.03.2006 - [B 6 KA 44/04 R](#) - [ZMGR 2006, 101](#), zitiert nach juris Rdnr. 10).

Die Klägerin ist weder eine versorgungsbereichs- noch fachgruppenübergreifende.

Die Kennzeichnungspflicht nach Nr. 5.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2000 plus gilt nicht ausnahmslos für alle Gemeinschaftspraxen. Sie gilt nur für versorgungsbereichs- und/oder fachgruppenübergreifende Gemeinschaftspraxen. Mit den Begriffen der "versorgungsbereichs- und/oder fachgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen" greift der EBM-Geber die Terminologie im Abschnitt III "Arztgruppenspezifische Leistungen" auf. Dort unterscheidet er, der gesetzlichen Vorgabe im SGB V folgend, zwischen einem hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich. Die Zugehörigkeit zu einem dieser Bereiche folgt aber allein aus dem Zulassungsstatus (vgl. [§ 73 Abs. 1](#) und 1a SGB V). Beide Mitglieder der Klägerin gehören danach aber dem hausärztlichen Versorgungsbereich an. Als Fachärzte für Allgemeinmedizin gehören sie beide derselben Fachgruppe an und können daher keine fachgruppenübergreifende bilden.

Soweit die Beklagte auf die psychotherapeutische Tätigkeit eines Mitglieds der Klägerin abstellt, folgt hieraus kein anderes Ergebnis. Bei den psychotherapeutischen Leistungen handelt es sich um Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen nach Abschnitt IV EBM 2000 plus. Diese Leistungen können grundsätzlich von allen Arztgruppen erbracht werden, wenn auch im EBM z. T. eine Beschränkung auf einzelne Arztgruppen vorgesehen ist. Wie die Leistungen nach Abschnitt II "Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen" können sie nicht von vornherein einem bestimmten Versorgungsbereich oder einer Arztgruppe zugerechnet werden. Dies kann nur indirekt über den Status des jeweiligen Leistungserbringers erfolgen. Dies gilt im Übrigen auch für die weiteren Leistungen nach Abschnitt IV wie Allergologie, Chirotherapie, Neurophysiologische Übergangsbehandlung, Physikalische Therapie, Phlebologie, Proktologie, Schmerztherapie, Soziotherapie, Schlafstörungsdiagnostik u. a. m.

Aus der Zuordnung im Rahmen der Bedarfsplanung aufgrund der psychotherapeutischen Tätigkeit folgt keine Veränderung des Zulassungsstatus und der daraus folgenden Zuordnung zu einem der Versorgungsbereiche. Gemäß § 101 Abs. 4 Satz 2 ist für die Gruppe der psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad erstmals zum Stand des 01.01.1999 zu ermitteln. Zu zählen sind die zugelassenen ausschließlich und überwiegend (Faktor 0,7) psychotherapeutisch tätigen Ärzte sowie die Psychotherapeuten, die nach [§ 95 Abs. 10 SGB V](#) zugelassen werden. Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte sind Fachärzte für psychotherapeutische Medizin und Ärzte, deren psychotherapeutische Leistungen (Kapitel G IV und V sowie Nrn. 855 bis 858 nach G III EBM '96) an ihren Gesamtleistungen den Anteil von 90 v. H. überschreiten, überwiegend psychotherapeutisch tätige Ärzte sind Ärzte mit einem Leistungsanteil von über 50 bis 90 v. H. (Nr. 8 Buchst. d Nr. 1 BedarfspIRL-Ä). Das Bundessozialgericht hat zur Honorierung psychotherapeutischer Leistungen für überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte (vgl. § 85 Abs. 4 Satz 4) ebf. auf die BedarfspIRL-Ä zurückgegriffen und auf einen Vergütungsanteil v. 90 v. H. abgestellt, dies aber auf ein engeres Leistungsbild (nach Kapitel G Abschnitt IV EBM) beschränkt (vgl. BSG, Urte. v. 25.08.1999 - [B 6 KA 14/98 R](#) - [BSGE 84, 235](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#), juris Rdnr. 35; BSG, Urte. v. 12.09.2001 - [B 6 KA 8/01 R](#) - juris Rdnr. 15).

[§ 101 Abs. 4 SGB V](#) ist aber vielmehr Folge davon, dass Psychotherapie von sehr unterschiedlichen Arztgruppen erbracht wird. Die Vorschrift dient der bedarfsrechtlichen Sicherstellung und soll für eine Übergangszeit ein ausgewogenes Verhältnis zwischen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten ermöglichen, indem sie eine Quote zwischen beiden Behandlergruppen bildet. Folgerungen für die Versorgungsbereiche können hieraus nicht geschlossen werden. Die Aufteilung der Arztgruppen nach den Versorgungsbereichen folgt ausschließlich nach Maßgabe des [§ 73 Abs. 1](#) und 1a SGB V. Von daher kann auch dahinstehen, in welchem Umfang die Klägerin psychotherapeutische Leistungen erbringt.

Aus dem Sinn und Zweck der Nr. 5.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2000 plus, soweit hierauf überhaupt abgestellt werden könnte, folgt ebfd. keine Verpflichtung der Klägerin. Soweit die Angaben für die Bedarfsplanung benötigt werden, sind sie ohne weiteres wie bei einer Einzelpraxis aus der Abrechnung erschießbar. Im Übrigen hätte der EBM-Geber in Nr. 5.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2000 plus explizit auf die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen abstellen müssen. Soweit es um Kontrollmechanismen wie Plausibilitätsprüfungen oder der Überwachung qualifikationsspezifischer Leistungen gehen sollte, ist nicht ersichtlich, weshalb die Vorschrift nicht allgemein alle Gemeinschaftspraxen erfasst und inwieweit sich Besonderheiten aus der Erbringung psychotherapeutischer Leistungen ergeben sollten.

Die Beklagte konnte daher die Befreiung von der für das Quartal III/05 nicht verweigern, wobei es sich sachlich um eine Feststellung darüber handelt, dass eine Kennzeichnungspflicht nicht besteht. Gleichfalls besteht auch für die Folge quartale keine Kennzeichnungspflicht nach Nr. 5.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM 2000 plus.

Im Ergebnis war der Klage daher insgesamt stattzugeben.

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

2008-02-01